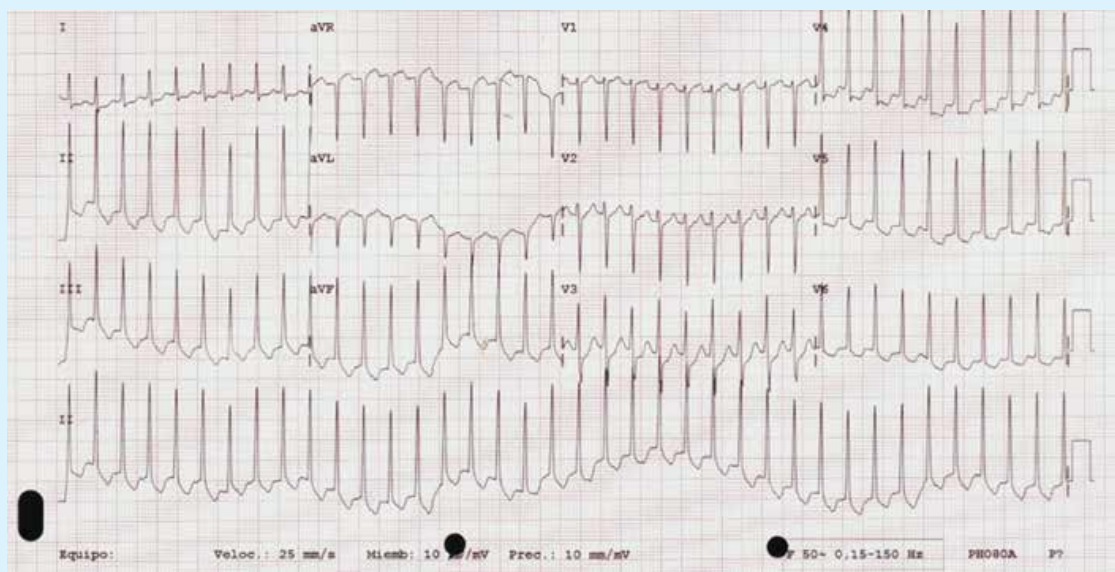


Caso clínico ▶ ECG

Paciente de 26 años sin antecedentes de enfermedad que consulta en el servicio de emergencias por presentar palpitaciones y taquicardia de comienzo brusco de aparición posterior a la finalización de ejercicio físico intenso.

El paciente refiere haber presentado taquicardia y palpitaciones en otras oportunidades de muy corta duración.

¿Cuál es su diagnóstico?



Resolución y comentarios:

En el ECG se observa un ritmo regular con una FC cercana a los 200 latidos por minuto, con QRS angosto, no se observa onda P y presenta ligeros trastornos en la repolarización ventricular.

El diagnóstico ECG es Taquicardia paroxística por reentrada de la unión AV variedad lenta rápida (TPUAV).

Comentario

En la elección del tratamiento uno de los criterios para evaluar si el paciente se encuentra hemodinámicamente estable o inestable.

En nuestro caso el paciente se encuentra hemodinámicamente estable, por lo tanto el tratamiento se efectuará a través de la administración de fármacos antiarrítmicos.

El fármaco de elección es la Adenosina con una dosis de inicio de 6 mg EV en bolo, si la primera dosis resulta ineficaz se puede repetir una segunda dosis de 12 mg.

Caso clínico ▶ Diagnóstico por imágenes

Prof. Dr. Sebastián Ballester

Jefe de Radiología, TC y RM. Diagnóstico Médico. Junín 1023. CABA

Síntesis clínica

Paciente masculino de 76 años de edad.

Acude a la consulta médica por tos seca persistente, de 3 meses de evolución, asociada a una leve disnea y sin fiebre.

Presentaba como antecedentes hipertensión arterial, diabetes tipo 2 y constipación crónica tratada con aceite mineral (vaselina). Asimismo, refería un cuadro de neumonía basal derecha hacía 8 meses, que no requirió internación y fue tratado ambulatoriamente.

En la exploración física evidenciaba una disminución del murmullo vesicular en ambas bases con subcrepitantes.

El análisis de laboratorio resultó sin hallazgos de relevancia.

Imágenes:

a) Figura 1. Rx tórax frente.

b) Figura 2. TC de tórax con ventana para parénquima pulmonar. (a y b) Plano axial. (c y d) Plano coronal.

c) Figuras 3a y 3b. TC de tórax con ventana para partes blandas.



Figura 1



Figura 2a

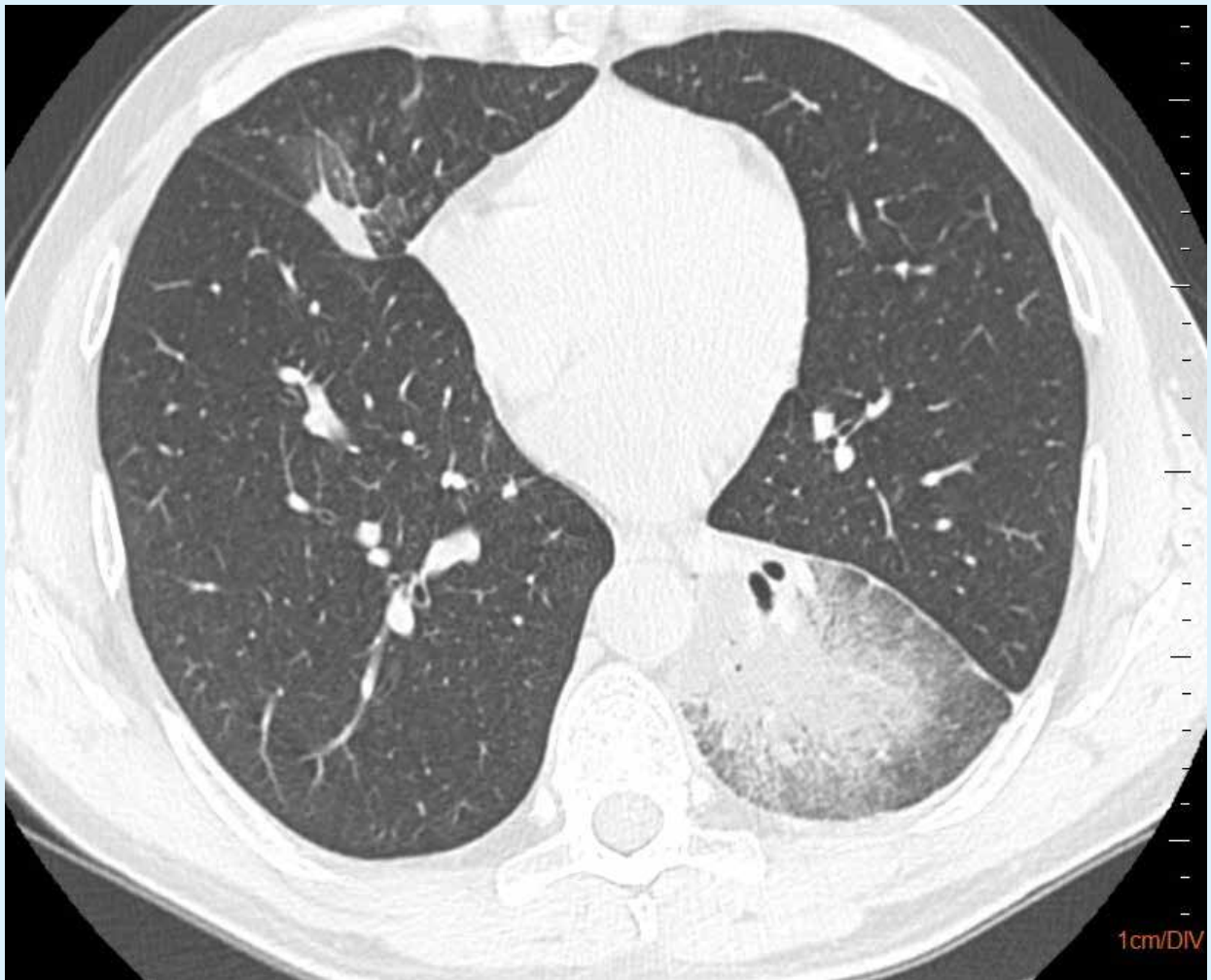


Figura 2b



Figura 2c



Figura 2d



Figura 3a



Figura 2b

Resolución del interrogante

Neumonía lipoidea exógena

La neumonía lipoidea es una entidad poco frecuente, definida por la presencia de lípidos intraalveolares, pudiendo clasificarse en endógena o exógena. En este último caso es causada por la aspiración de agentes oleosos (lubricantes de fosas nasales, vaselina, brillo de labios, parafina, etc..) y su depósito dentro de los alvéolos pulmonares.

Los hallazgos que más frecuentemente se evidencian en los estudios de imágenes (Rx y TC) son opacidades en “vidrio esmerilado” con tendencia a la consolidación, de distribución peribroncovascular y con predominio en ambas bases pulmonares.

La característica distintiva en el estudio de TC radica en la presencia de zonas de atenuación grasa (valores densitométricos entre -200 a -60 UH) en el interior de los focos consolidativos.

La presentación crónica de la entidad suele cursar de forma asintomática u oligosintomática, eventualmente con la presencia de tos crónica y leve disnea, sin fiebre.

2) Imágenes

Figura 1. Rx tórax frente con imágenes radiopacas en región perihiliar derecha y basal contralateral.

Figura 2. TC con ventana para parénquima pulmonar donde se evidencian áreas de infiltrado tipo “vidrio esmerilado” con focos consolidativos en lóbulo medio e inferior izquierdo.

Figura 3. TC con ventana para partes blandas donde se evidencian áreas de baja atenuación densitométricas (densidad grasa) en ambos focos consolidativos.