

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

DOLOR TORÁCICO DESPUÉS DE UN ESFUERZO

Dres. Enrique C. Giaccio, Emilio Tabares.

Paciente de 75 años, sexo femenino que no presenta antecedentes de importancia, a excepción de un cuadro de anafilaxia desencadenada por xilocaína y un hernia inguinal izquierda que obligó a realizar una hernioplastia.

A principios del mes de junio de 1999 la paciente consulta por un cuadro de dispepsia que la aqueja hace meses con un fuerte ardor epigástrico asociado. Se decide estudiarla radiológicamente, efectúandose una seriada esófago-gastro-duodenal que no arrojó hallazgos positivos.

Previo a consultar nuevamente con el médico y en oportunidad en la cual se encontraba realizando un esfuerzo, la paciente refiere haber sentido un «crac» a nivel del torax. A partir de ese instante, presenta un dolor torácico atípico de localización retroesternal que, debido a su persistencia, la obliga a consultar a la guardia. Dicho dolor posee como característica peculiar la de ser continuo y, por sobre todo, la de exacerbarse con la palpación profunda del abdomen, a punto tal que durante la exploración semiológica la paciente emite gritos de dolor.

Se decide realizar inicialmente una radiografía de parrilla costal donde se descartan fracturas costales, visualizándose una opacidad mal definida en base pulmonar derecha, por lo que se completa el estudio con una radiografía de tórax (fig. 1). La misma muestra una opacidad redondeada de 7 cm de diámetro que ocupa la base pulmonar derecha. Su borde superior es neto, tiene una densidad relativamente baja (pues pese a su tamaño permite ver a su través) y borra parcialmente el contorno diafragmático, respetando el cardíaco.

Este hallazgo fue interpretado como una lesión posiblemente quística, sugeriéndose realizar una TAC para confirmarla.

DISCUSIÓN

Lo primero que se debería determinar es si la lesión en cuestión pertenece al pulmón, al espacio pleural, al diafragma o si es subfrénica. Algunos de los procesos a tener en cuenta en cada uno de estos compartimientos son,

Pulmonar: masa pulmonar necrosada, quiste

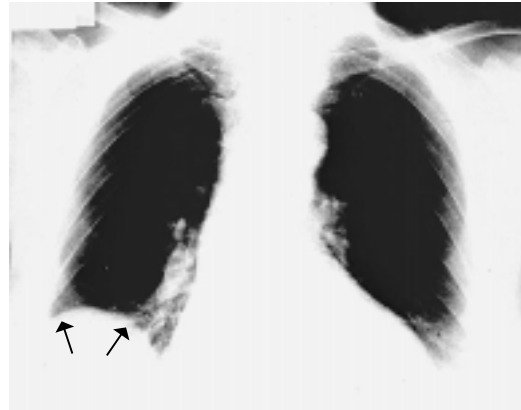


Figura 1. Teleradiografía de tórax

hidatídico intrapulmonar, quiste broncogénico, bula infestada, MAC, secuestro de localización atípica, bula infectada, entre otros.

Espacio pleural: masas pleurales, derrames localizados, quiste hidatídico migrado al tórax, quiste pericárdiocelómico, entre otros.

Diafragma: herniaciones, tumores sarcomatosos, lobulaciones o parálisis diafragmáticas, entre otras.

Subfrénico: tumores hepáticos, colecciones subfrénicas, entre otros.

Por poseer esta lesión bordes netos (trazados a lápiz) se debería inferir que se encuentra rodeada por pleura y por lo tanto no es de origen pulmonar. Las lesiones pulmonares producen microatelectacias por compresión, determinando contornos definidos, pero nunca netos.

Siguiendo con la hipótesis de que pudiere tratarse de una lesión quística la probabilidad de que ésta fuera un quiste hidatídico migrado al tórax es alta, dado que esta eventualidad es, en nuestra experiencia, mucho más frecuente de lo uno supone. Podría explicarse así el cuadro de dispepsia previa del paciente y por otra parte, el esfuerzo realizado podría haber actuado como desencadenante de la migración. Sin embargo, la baja densidad de la imagen y su ubicación posterior (ya que no borra el contorno auricular: signo de la «silueta de Felson») aleja la probabilidad de este diagnóstico (el 90% de los quistes hidatídicos migrados al tórax son de localización anterior).

¿Cuál es su diagnóstico?



Figura 2. TAC, visión axial

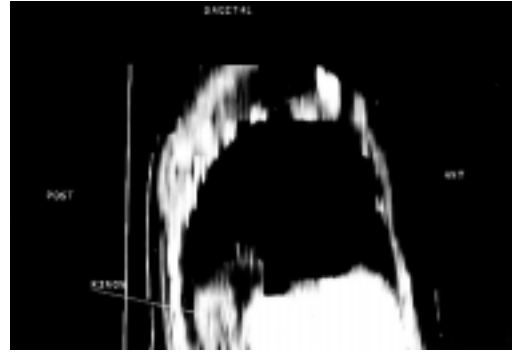


Figura 3. TAC, visión sagital

CONCLUSIÓN

La TAC realizada a continuación de la radiografía de tórax (fig. 2) demuestra una falta de continuidad de la *crura* diafragmática derecha con herniación a través de este hiato de grasa y en el centro de la misma un riñón de ubicación intratorácica. La TAC aportó imágenes concluyentes, que además de identificar el riñón ascendido, causante de la opacidad, determinó la etiología de este ascenso. La reconstrucción multiplanar en sentido sagital (fig. 3) contribuyó a determinar el grado de ascenso renal. La probabilidad de que este ascenso guarde relación con el esfuerzo realizado aumenta, dado que el paciente presenta una radiografía de tórax previa que no muestra alteraciones. Por otra parte, el dolor a la palpación profunda del abdomen sugiere la ruptura diafragmática.

La evolución del paciente fue favorable, cediendo la intensidad del dolor y encontrándose actualmente asintomático.

RESEÑA

La circunstancia de una ectopía renal intratorácica es un hecho que debe considerarse ante la presencia de masas en las bases pulmonares¹. No obstante, se trata de una eventualidad infrecuente (50 reportes mundiales hasta enero de 1997²). Tan sólo el 0,25% de los casos reportados de ascensos renales son derechos² y esto es explicado debido a la presencia de la glándula hepática, que además de resguardar al

diafragma ante un traumatismo con aumento de presión abdominal, actúa como estructura de contención ante un proceso de herniación.

Se ha descrito la asociación de la agenesia del lóbulo hepático izquierdo con la presencia de riñón intratorácico derecho³ (predispondría la herniación).

También el ascenso renal puede ser causa de una hernia de Bochdalek, siendo esta asociación menor al 3%⁴ (considerando ambas bases).

La condición de riñón intratorácico es por lo general asintomática⁴; en ocasiones puede existir ectasia pielocalicial, compromiso vascular o síntomas de infección urinaria que obliguen a tomar una conducta quirúrgica. El tratamiento consiste en realizar el descenso renal seguido de reparación diafragmática o extracción renal, según el grado de compromiso del órgano.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marcano D, Aguilera G, Sánchez O. Thoracic ectopic kidney. Report of a case. *Invest Clin* 1992;33(3):95-100
2. Ho HF, Liaw SB, Chang Py. Delayed manifestation of congenital diaphragmatic hernia with intrathoracic kidney: Report of one case. *Chung Hua Min Kuo Hsiao Erh Ko I Hsueh Hui Tsa Chih* 1997;38(1):61-4
3. Moschopoulos C, Bailly JM, Bruninx G, et al. Agenesis of the right lobe of the liver. Apropos of a case. *Ann Radiol Paris* 1993;36(4):323-7
4. Suárez S, de Jesús Y. Acquired intrathoracic kidney. *P R Health Sci; J* 1998;17(3):289-91