

“Neumonía adquirida de la comunidad”: su confusión mediante las imágenes con lipoma de pericardio

“Community-Acquired Pneumonia”: Confusion with Pericardial Lipoma Through Imaging

Rey, Darío R¹; Szwarcstein, Pablo²

Recibido: 10/01/2024

Aceptado: 17/03/2024

Correspondencia

Darío R. Rey

E-mail: darioraul.rey@gmail.com

RESUMEN

Se presenta un caso de bronquitis aguda confundido como neumonía de la comunidad en Emergencias Médicas con un lipoma pre existente de pericardio.

Se realizan consideraciones sobre los lipomas en tomografías, incidencia y diagnósticos diferenciales, así como su confusión por profesionales no avezados en imágenes.

Palabras clave: Neumonía; Lipoma; Errores diagnósticos

ABSTRACT

We present a case of acute bronchitis misdiagnosed as community-acquired pneumonia in Medical Emergencies with a pre-existing pericardial lipoma.

Considerations are made regarding lipomas in tomography, their incidence, and differential diagnoses, as well as the confusion that can arise among professionals who are not well-versed in imaging.

Key words: Pneumonia; Lipoma; Diagnostic Errors

CASO CLÍNICO

Paciente EBA, Masculino de 67 años de edad.

En diciembre de 2017, consulta porque presenta disnea mMRC I-II asociada a tos poco productiva y expectoración escasa de tipo mucoso. *Tabaquismo: veinticinco paquetes /año habiendo cesado por su voluntad hace 2-3 años.* SO₂ 96 %. En la auscultación presenta MV globalmente disminuido sin ruidos agregados.

Se solicita un examen funcional respiratorio (EFR) y una tomografía computarizada de tórax (TC) para evaluar el grado de incapacidad provocada por el hábito tabáquico. Se medica con vilanterol + umeclidinio x1. Se realiza un control en 25-30 días.

Concurre a nueva consulta con estudios y buena evolución de su enfermedad de base. El EFR presenta *Valores dentro de parámetros normales:* CVF 4670 (127 %); FEV1 3460 (128 %); Tiff 100 %.

¹ Director Carrera de Especialistas en Neumología. Facultad de Medicina U.B.A.

² Jefe de Trabajos Prácticos. Carrera de Especialistas en Neumología. Facultad de Medicina UBA.

La TC (Figura 1) revela signos de *enfisema centrolobulillar incipientes que se correlacionan con los hallazgos funcionales. Hernia hiatal y lipoma de pericardio (hallazgos incidentales y asintomáticos) localizados en región para cardíaca izquierda.*

En Agosto de 2019, refiere haber presentado desde 7 días antes un cuadro respiratorio febril con tos productiva y expectoración MP Consultó en emergencias médicas y le diagnostican mediante radiografía de tórax (Rx de tórax) y TC de tórax **neumopatía de base izquierda.** Le prescriben levofloxacina 500 x1 con buena evolución y consultar a neumonología.

En el examen: So_2 98 %. En la auscultación: MV globalmente disminuido sin ruidos agregados. La Rx de tórax no revela signos de consolidación. Opacidad paracardiaca izquierda ya conocida. Dicha imagen (interpretada como NAC) está conformada por la hernia hiatal y el lipoma de pericardio preexistente en TC previa (Figuras 2 y 3).

Completó el tratamiento antibiótico con buena evolución.

COMENTARIO

El lipoma constituye el tumor mesenquimatoso benigno más frecuente de la economía. De carácter único o múltiple, puede exteriorizarse como un tumor subcutáneo o visceral.

Estos últimos, los viscerales, son asimismo poco frecuentes y el tamaño, término medio, tiende a ser mayor que el de los lipomas cutáneos. Estos lipomas se objetivan mediante imágenes no invasivas, como TC, ecografías, resonancia magnética nuclear (RMI), o hallazgos incidentales de autopsia. Habitualmente son asintomáticos, pero su tamaño y localización instituye el tipo de síntomas, como disnea, tos y dolor relacionados con la compresión de estructuras vecinas. Los estudios no invasivos mencionados pueden hacer sospechar con cierta certeza si se trata de lipoma o de liposarcoma. A modo de ejemplo un lipoma es homogéneo y posee una densidad entre -30 y -100 unidades Hounsfield (UH), en tanto que un liposarcoma es heterogéneo y presenta alrededor de -30 UH.^{1,2}

Los lipomas torácicos son raros y los tumores primarios del pericardio ya sean malignos como benignos son excepcionales, con una prevalencia de 0,001 %-0,007 %, lo que representa entre el 6,7 % y el 12,8 % de todas las cardiopatías primarias de

etiología neoplásica. Aproximadamente el 90 % de ellos son benignos.^{3,4}

Las masas pericárdicas benignas más frecuentes son el hemangioma, quiste celómico, lipoma o teratoma. El tumor pericárdico maligno más frecuente es el mesotelioma, mientras que menos comunes son el tumor neuroectodérmico primitivo, el linfoma y el sarcoma. Las neoplasias metastásicas del pericardio están relacionadas con tumores primitivos de hueso, mama o pulmón.

Su etiología sigue siendo desconocida. Se ha determinado una asociación con reordenamientos genéticos en el cromosoma 12 con una anomalía en el gen de fusión HMGA2-LPP en casos de lipomas solitarios.⁵ Steger menciona que la frecuencia de lipomas sobre liposarcomas sería aproximadamente 120:1.⁶

En oportunidades presentan signo sintomatología clínica. Bonamini y col describen un paciente que presentó cardiomegalia grave y taquicardia paroxística supraventricular. Una RMI mostró un gran lipoma intrapericárdico con dos cavidades internas comunicadas con la cámara ventricular derecha y atravesando un defecto parietal. El ventrículo derecho fue parcheado y la masa parcialmente removida. La cirugía concertada con medicación antiarrítmica resultó exitosa en el corto plazo.⁷

En otras ocasiones, su tamaño es considerable y se exterioriza por una importante disnea, que simula un derrame pericárdico o como hallazgo incidental de un estudio eco cardiográfico.⁸⁻¹⁰

Para finalizar, en relación con el caso que se describe, y vinculado con la experiencia o falta de práctica de quien lo examina, siguiendo a Raouf y cols. debemos recordar lo siguiente:¹¹

La TC permitió conseguir imágenes con visualización mejorada de anomalías en comparación con la Rx tórax) al optimizar el “contraste” y eliminar la superposición de estructuras, lo que permite una mejor visualización de las vías respiratorias, el mediastino y la vasculatura pulmonar.

La TC es utilizada considerablemente en la práctica cotidiana, hasta excluir a veces, la Rx tórax. Como consecuencia, el arte de leer estas últimas es factible que disminuya con el tiempo.

La mayoría de los médicos no tienen tanta experiencia como los radiólogos o neumonólogos en la interpretación de la Rx tórax. Un radiólogo o un neumonólogo ejercitados suelen descubrir en 0,5 s el 70 % de las anomalías basados en la detección gestalt.

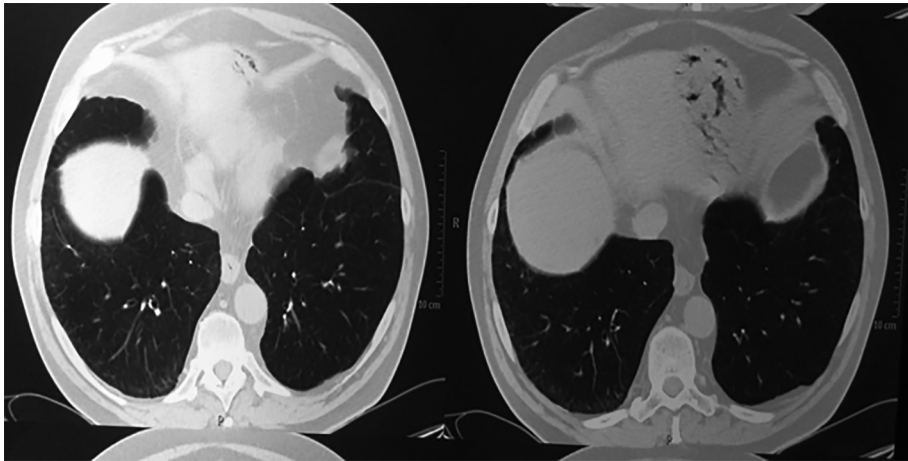


Figura 1. Lipoma pericárdico.



Figura 2. Neumonía basal.

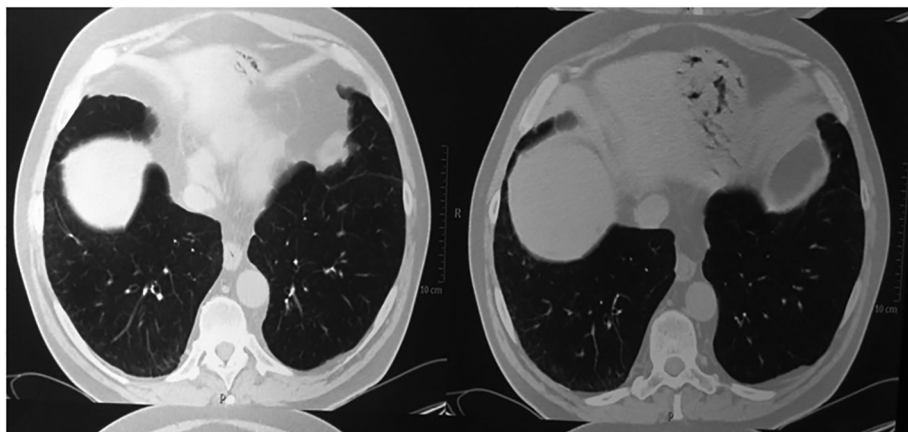


Figura 3. Lipoma pericárdico.

Es importante considerar que, incluso usando un metódico enfoque de lectura, se pueden soslayar del 10 % al 15 % de las lesiones (*falsos negativos*), lo que equivale aproximadamente a igual tasa de falsos positivos.

En resumen, **“el ojo no ve lo que la mente no conoce”**. Esto destaca la importancia de la interpretación conjunta del radiólogo y el neumonólogo experimentados. Puede restringir la precisión diagnóstica, la ausencia de información clínica por parte del solicitante o la negligencia del radiólogo al no leer las sospechas del estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zhu H, Wang M, Feng D, et al. Ultrasonography, X-ray and CT imaging findings of a giant pericardial lipoma: Imaging diagnosis and review of the literature *Oncol Lett*. 2014;7:195-8. <https://doi.org/10.3892/ol.2013.1668>
2. Auger D, Pressacco J, Marcotte F, Tremblay A, Dore A, Ducharme A. Cardiac masses: an integrative approach using echocardiography and other imaging modalities. *Heart*. 2011;97:1101-9. <https://doi.org/10.1136/hrt.2010.196006>
3. Restrepo CS, Vargas D, Ocazonez D, et al. Primary pericardial tumors. *Radiographics*. 2013;33:1613-30. <https://doi.org/10.1148/rg.336135512>
4. Basso C, Valente M, Poletti A, et al. Surgical pathology of primary cardiac and pericardial. *Eur J Cardiothorac Surg*. 1997;12:730-7. [https://doi.org/10.1016/S1010-7940\(97\)00246-7](https://doi.org/10.1016/S1010-7940(97)00246-7)
5. Italiano A, Ebran N, Attias R, et al. NFIB rearrangement in superficial, retroperitoneal, and colonic lipomas with aberrations involving chromosome band 9p22. *Genes Chromosomes Cancer*. 2008;47:971-7. <https://doi.org/10.1002/gcc.20602>
6. Steger C. Intrapericardial Giant Lipoma Displacing the Heart. *ISRN Cardiol*. 2011;2011:243637. <https://doi.org/10.5402/2011/243637>
7. Bonamini R, Pinneri F, Cirillo S, et al. A Large False Aneurysm of the Right Ventricle Within a Giant Epicardial Lipoma. *CHEST* 2000;117:601-3. <https://doi.org/10.1378/chest.117.2.601>
8. Vijay S, Dwivedi S, Chandra S, et al. Giant intrapericardial lipoma: Un unusual case of dyspnoea. *Indian Heart J* 2013; 65:104-6. <https://doi.org/10.1016/j.ihj.2012.12.008>
9. Turek T, Sadowski M, Kurzawski J, et al. A 64-Year-Old Woman with Imaging Features Consistent with a Posterior Intrapericardial Lipoma and 5-Year Imaging Follow-Up. *Amer J Case Rep*. 2021;22:e934500. <https://doi.org/10.12659/AJCR.934500>
10. Prado de Moraes F, Nakajima N, Andalécio O, et al. Voluminous intrapericardial lipoma mimicking pericardial effusion. *Case Rep Med* 2020:6295634. <https://doi.org/10.1155/2020/6295634>
11. Raoof S, Feigin D, Sung A, Raoof S, Irugulpati L, Rosenow EC 3rd. Interpretation of plain chest roentgenogram. *Chest*. 2012;141:545-8. <https://doi.org/10.1378/chest.10-1302>