

Imágenes médicas

Escuela de
Medicina y
Ciencias de
la Salud

Embolia Pulmonar Aguda

Juan Sebastián Espinosa Serna
Estudiante XII semestre
Universidad del Rosario-Méderi

César Augusto Ortiz García
Estudiante XII semestre
Universidad del Rosario-Méderi

Dr. Jorge Alberto Carrillo Bayona
MD. Radiólogo
Hospital Universitario Mayor-Méderi

Dr. Juan Mauricio Pardo
Director científico
Hospital Universitario Mayor-Méderi

Embolia Pulmonar Aguda

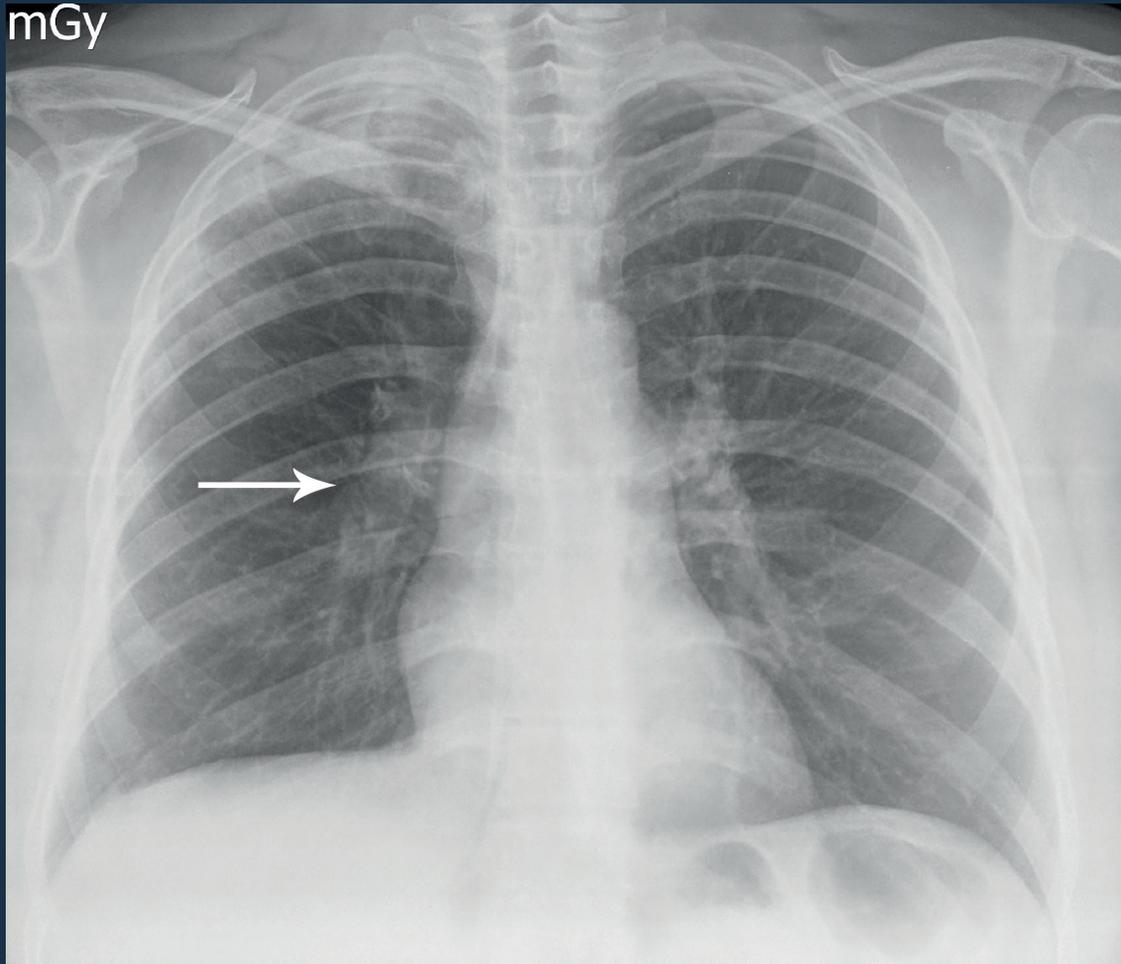


Figura 1. Radiografía Convencional PA. Aumento del diámetro de la arteria interlobar derecha (flecha). Disminución del calibre de las ramas periféricas de la arteria interlobar derecha asociada a oligoemia.

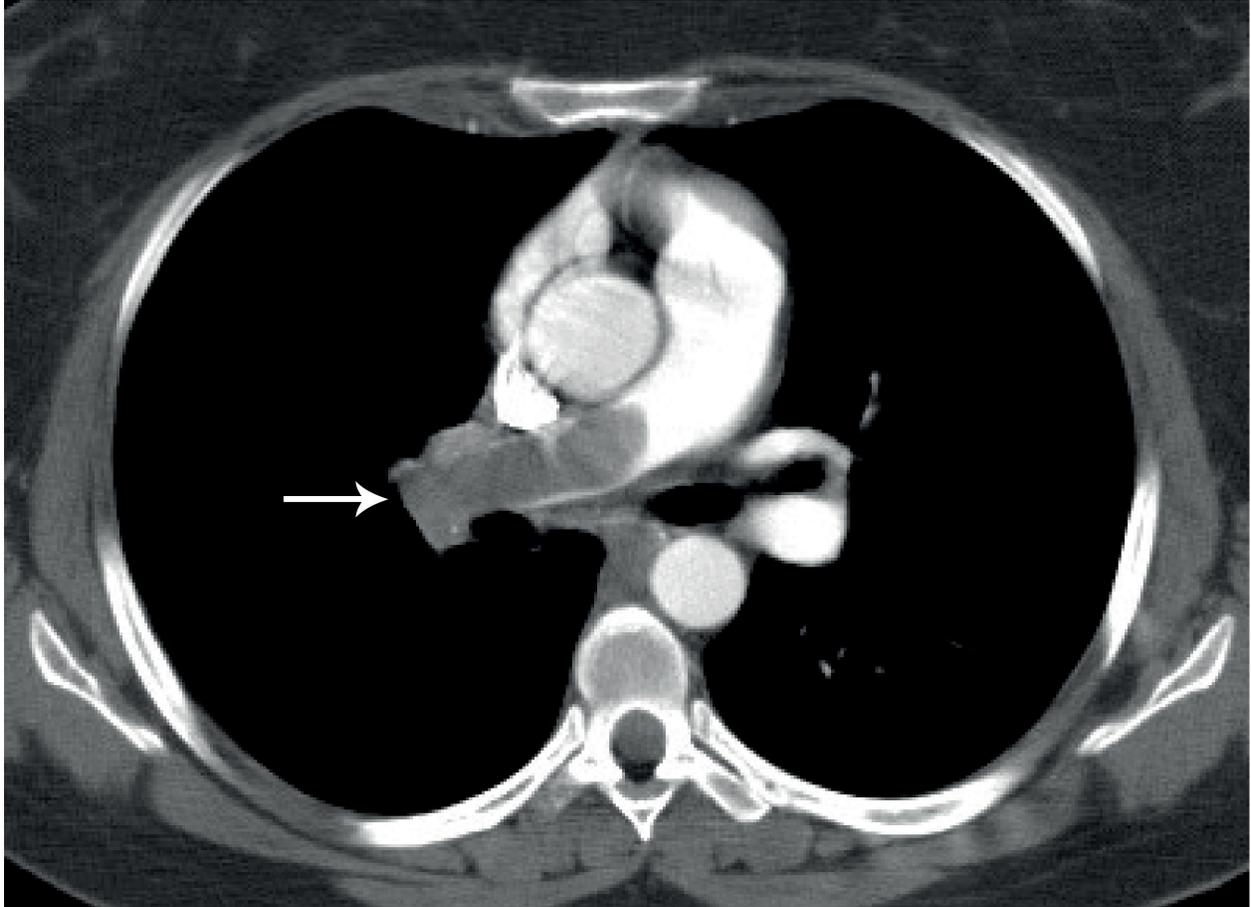


Figura 2.
TC de tórax. Corte axial. Defecto de opacificación de la arteria pulmonar derecha que se extiende a la arteria interlobar (flecha).

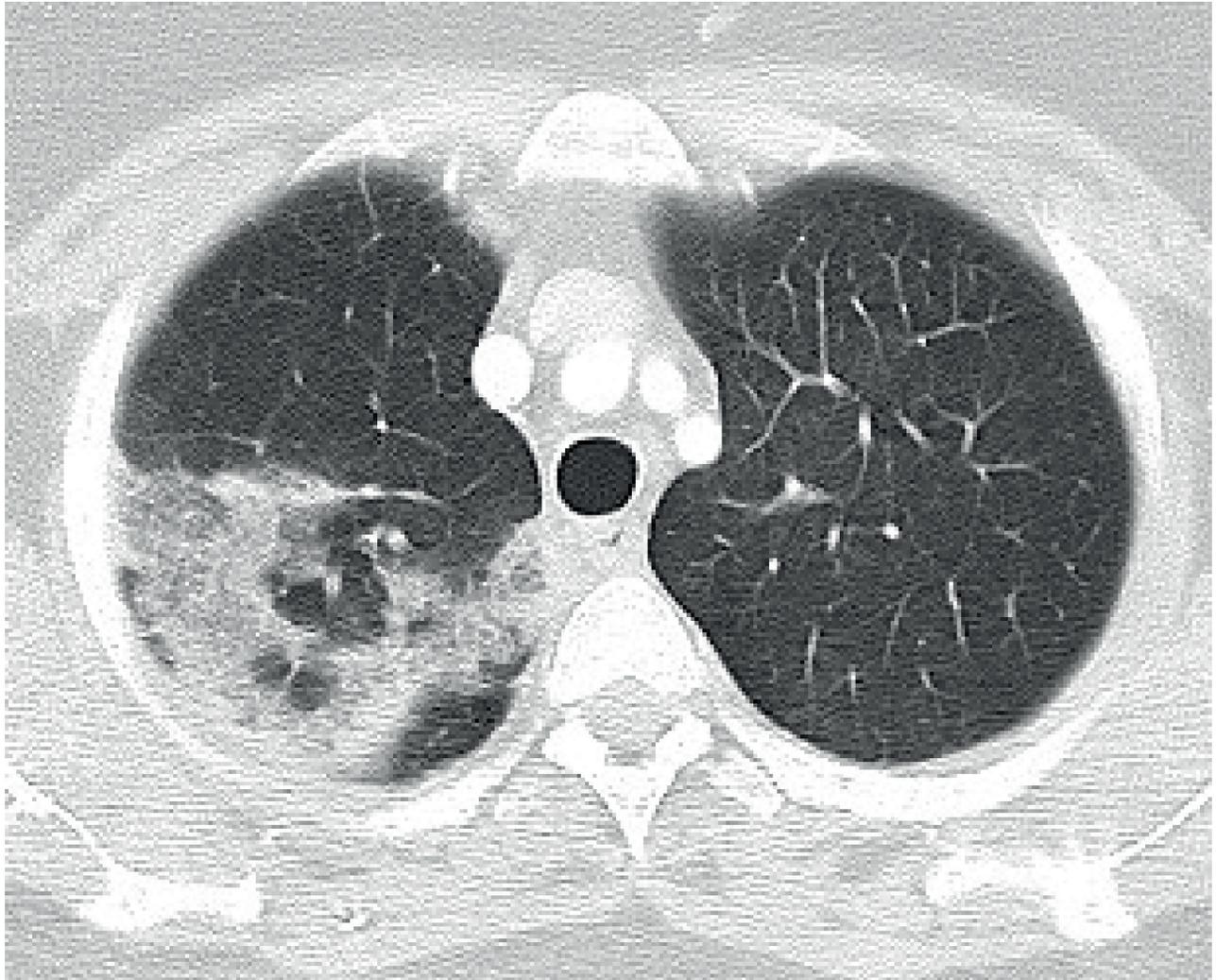


Figura 3.

TC de tórax. Corte axial. Área de empedrado localizada en el lóbulo superior derecho. Se debe considerar edema pulmonar/ hemorragia alveolar local secundaria a embolia pulmonar.

Resumen General:

Paciente femenina de 45 años con disnea súbita. Radiografía de tórax con prominencia de la arteria interlobar derecha (signo de Fleischner) . AngioTC con trombo en la arteria pulmonar derecha.

Resumen Historia Clínica

Paciente femenina de 45 años con disnea súbita y dolor torácico. Troponina I y Dímero D elevados. Radiografía de tórax con prominencia de la arteria interlobar derecha (signo de Fleischner) . AngioTC de tórax con defecto de opacificación en la arteria pulmonar derecha que se extiende a las ramas lobares, dilatación ventricular derecha y desviación del septum interventricular. Diagnóstico de embolia pulmonar aguda.

Definición

El signo de Fleischner fue descrito en 1959, en la radiografía de tórax de pacientes con embolia pulmonar aguda (EP) y consiste en el aumento de tamaño del hilio pulmonar relacionado con prominencia de una arteria pulmonar proximal.

Epidemiología

Se describe en menos del 20% de pacientes con EP aguda. El signo de Fleischner es poco sensible y de mejor especificidad (S:20%, E:80%, VPP:25% y VPN:75%).

Fisiopatología

En el contexto de EP aguda, la presencia de una gran carga embólica en la luz del vaso puede condicionar aumento del diámetro de la arteria pulmonar proximal. Por otra parte, en pacientes con embolia pulmonar crónica, el aumento del diámetro de la arteria pulmonar proximal corresponde a presión elevada en la circulación pulmonar. En algunos pacientes, la dilatación pulmonar central se acompaña de disminución abrupta de calibre del vaso (signo del nudillo).

Manifestaciones Clínicas

La clínica de la EP aguda es inespecífica: disnea (73%), dolor pleurítico (55%) y taquipnea > 20/min (54-70%). 2 de los 3 síntomas anteriores se presentan en el 90% de los casos. Otras manifestaciones incluyen : choque y falla cardiaca derecha.

Manifestaciones Radiológicas

- Radiografía convencional. Prominencia de las ramas centrales de la arteria pulmonar (más evidente en la arteria interlobar derecha). El diámetro mayor de la arteria interlobar no debe ser mayor de 15 mm en la proyección postero-anterior.

Lecturas recomendadas

1. Fleischner FG. Unilateral pulmonary embolism with increased compensatory circulation through the unoccluded lung. Roentgen observations. Radiology. 1959 Oct;73:591-7.
2. Worsley DF, Alavi A, Aronchick JM, et al. Chest radiographic findings in patients with acute pulmonary embolism: observations from the PIOPED Study. Radiology. 1993 Oct;189(1):133-6.
3. Marshal GB, Farnquist BA, McGregor JH, et al. Signs in Thoracic Imaging. J Thorac Imaging. 2006 Mar; 21 (1): 76-90.