

<b>CASO N°</b>	2
<b>Título</b>	<b>Neumonía organizada por Amiodarona como causa de disnea.</b>
<b>Autores</b>	Montoya Filardi A., Estellés Lerga P., Jarre Mendoza A., P. Collado Sánchez J. Martínez Maicas H.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

### **Desarrollo del Caso**

#### **1.Contexto clínico que motiva la exploración o exploraciones de imagen.**

Mujer de 63 años con disnea progresiva desde hace 3 meses que ha empeorado hasta hacerse de mínimos esfuerzos. Anticoagulada con sintrom por FA y toma Amiodarona desde hace años.

#### **2. Hallazgos iniciales de las pruebas de imagen y diagnóstico de presunción.**

Se realiza Rx con múltiples infiltrados alveolointersticiales, con Rx previas normales. Se sospecha bronconeumonía por aparición reciente de múltiples opacidades alveolo intersticiales. La Rx no orienta a patología cardiogénica. Ante la no mejoría, se solicita CT pulmonar.



**IMAGEN**

- 1.-Consolidaciones alveolares múltiples en campos medios y basales con Rx previas normales.*
- 2.- TC pulmonar a la semana. Resolución parcial central de las consolidaciones, formando múltiples áreas con apariencia de halo inverso.*
- 3.- Hiperintensidad difusa del hígado en TC sin contraste.*
- 4.-Resolución tras la retirada de Amiodarona y con corticoides.*

### **3. Relectura del caso.**

La aparición de múltiples opacidades bilaterales periféricas y centrales de predominio en campos medios y bases pulmonares en un paciente que toma múltiples fármacos, debe hacernos pensar en toxicidad medicamentosa. La infección y la insuficiencia cardíaca no son las únicas causas de afectación pulmonar aguda.

La biopsia pulmonar confirmó el diagnóstico de neumonía organizada, y la presencia de macrófagos espumosos iba a favor de que la causa era la Amiodarona (sustancia muy lipofílica).

### **4. Reflexión docente.**

La neumonía organizada es un patrón pulmonar de respuesta inflamatoria a múltiples agentes. Si no se sabe la causa se etiquetará como criptogenética (NOC). La amiodarona es una sustancia muy lipofílica que se acumula en pulmón e hígado con la toma crónica.

Las consolidaciones pulmonares en un TC sin contraste serán típicamente hiperdensas (80-175 UH), al igual que el hígado, debido al contenido de yodo de la Amiodarona.

El patrón de halo inverso o signo del atolón es típicamente característico de la neumonía organizada, aunque puede aparecer en múltiples enfermedades (infección

fúngica, vasculitis, sarcoidosis, tuberculosis,...).

## 5. Conclusión.

La toxicidad medicamentosa pulmonar requiere un alto índice de sospecha y debemos tenerla en cuenta debido a que la resolución completa del cuadro sólo dependerá de retirar el fármaco.

Las imágenes abdominales de un TC torácico pueden ayudarnos a realizar un diagnóstico específico y evitar otras pruebas innecesarias.

### **Bibliografía**

- 1.- Godoy MC, Viswanathan C, Marchiori E, et al. The reversed halo sign: update and differential diagnosis. Br J Radiol. 2012;85(1017):1226-35.
- 2.- Walker CM, Mohammed TL, Chung JH. "Reversed halo sign". J Thorac Imaging. 2011;26(3):W80.
- 3.- Sang Jin Kim, Kyung Soo Lee, Young Hoon Ryu, et al. Reversed Halo Sign on High-Resolution CT of Cryptogenic Organizing Pneumonia: Diagnostic Implications. AJR. 2003 180:5, 1251-1254