

ESTO NO SON QUISTES PULMONARES

Juan Martínez Fornés

Servicio de Radiología

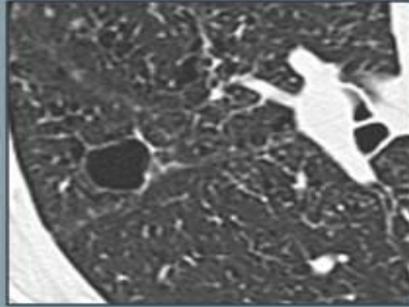
Consorcio Hospital General
Universitario de Valencia

ESTO NO SON QUISTES PULMONARES

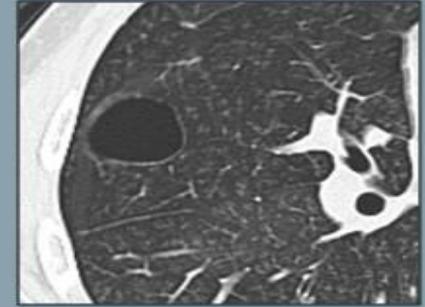
- Radiológicamente, las lesiones pulmonares que contienen aire se suelen superponer.
- Las características y sus nombres pueden ser utilizados a veces de manera indistinta.
- Una distinción radiológica entre quistes y lesiones similares a quistes (enfisema pulmonar, cavidad, bulla, neumatocele, bronquiectasias quísticas...) es el primer paso en un enfoque radiológico correcto.
- El TACAR es el método de imagen de elección y el diagnóstico se establecerá en base al mismo.

ESTO NO SON QUISTES PULMONARES

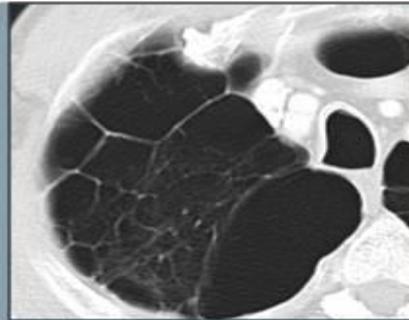
QUISTE



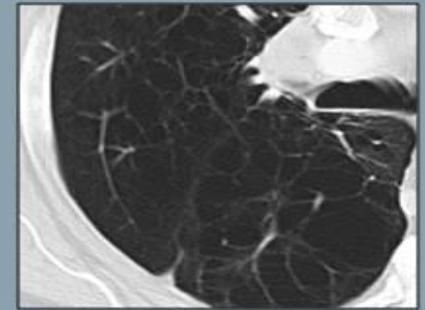
NEUMATOCELE



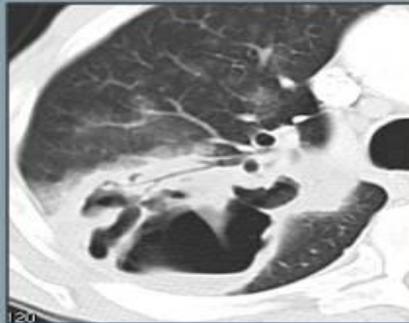
BULLA



ENFISEMA



CAVIDAD

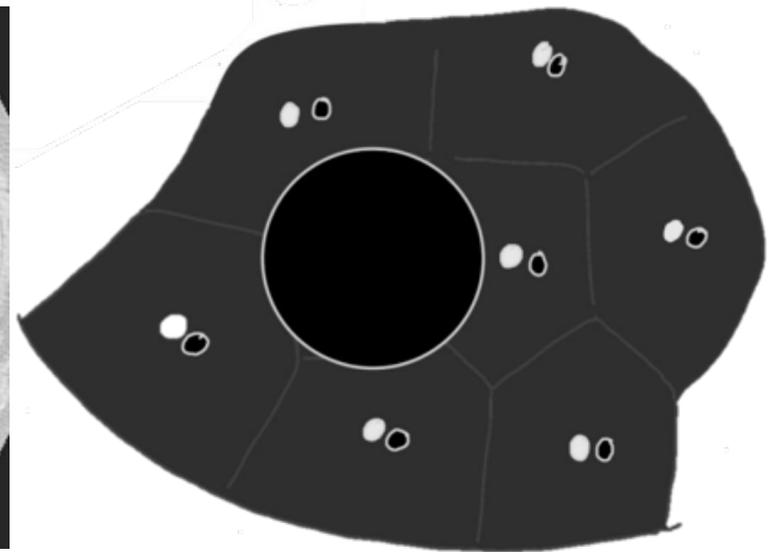


BRONQUIECTASIA



QUISTE

- En TCAR se describe como una pequeña área redonda hipodensa o de atenuación parenquimatosa baja, con interfaces bien definidas, rodeadas por parénquima pulmonar normal.
- Pueden tener un grosor de pared variable, aunque generalmente se caracterizan por una pared delgada (<2 mm) .
- Ocurren en ausencia de enfisema.



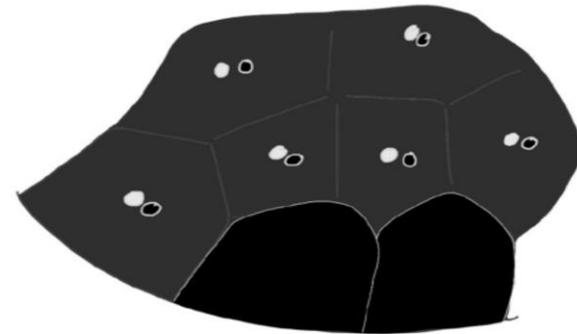
- Espacio aéreo aumentado de tamaño, distal al bronquiolo terminal, con destrucción de paredes alveolares. Se clasifica según la parte del lobulillo pulmonar secundario que se encuentra afectada.
- Cuando es proximal, lo clasificamos como centrolobulillar; cuando es distal, lo denominamos paraseptal; y cuando compromete la totalidad del acino, panlobulillar .
- Tomográficamente, se visualiza como áreas focales de baja atenuación, sin paredes visibles, lo que lo diferencia de los quistes verdaderos.

ENFISEMA TIPOS: CENTROLOBULILLAR

- Tienen una distribución no uniforme la mayoría en campos superiores y pueden tener una pared delgada correspondiente al parénquima pulmonar comprimido o a la asociación de cierto grado de fibrosis.
- PUNTOS CLAVE:
 - . Presencia de un vaso central principal (arteriola centrolobulillar) en medio del espacio aéreo.
 - . Suelen medir menos de 1 cm afectando sólo a una parte del lobulillo.
 - . La coexistencia de otros tipos de enfisema apoya el diagnóstico de enfisema centrolobulillar.

ENFISEMA TIPOS: PARASEPTAL

- Áreas de baja atenuación más evidentes en localización subpleural con paredes muy finas que se extienden hacia la superficie pleural, correspondientes a septos interlobulillares.
- PUNTOS CLAVE:
 - . Suele disponerse en una capa.
 - . Predomina en lóbulos superiores.
 - . No presenta signos de fibrosis significativa como la presencia de bronquiectasias de tracción. (salvo que exista combinación de enfisema y fibrosis.)



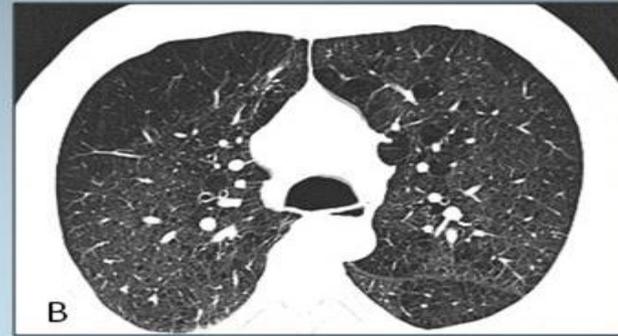
ENFISEMA CENTROACINAR Y PARASEPTAL



Enfisema paraseptal asociado a tabaquismo suelen coexistir a enfisema centroacinar.

- Áreas dispersas de atenuación baja, donde los vasos son pequeños y escasos con una afectación generalizada o de predominio en lóbulos inferiores. Difícil de diferenciar del atrapamiento aéreo de una bronquiolitis obliterante, pero muy diferente del quiste aéreo.
- Destrucción total del lobulillo, limitada por el parénquima adyacente.
- Destrucción tisular por desequilibrio proteasas -antiproteasas por déficit de alfa 1 antitripsina, tabaquismo.

ENFISEMA PANLOBULILLAR

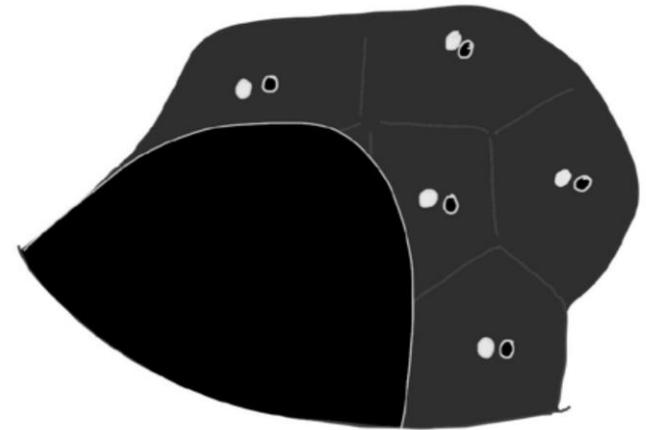


Radiografía de tórax que muestra hiperinsuflación, aplanamiento de los diafragmas y marcada disminución de la vascularización. TACAR muestra importante destrucción del parénquima pulmonar con disminución de los vasos en LLII. El paciente presentaba un déficit de alfa anti-tripsina.

BULLA

- Una bulla es un espacio aéreo de más de 1 cm, radiológicamente se muestran como una lucencia focal redondeada o disminución de la atenuación y que está delimitada por una pared delgada, casi indetectable, menor de 1 mm.
- Las bullas suelen estar situadas en la región subpleural del pulmón y suelen ir acompañadas de enfisema paraseptal y/o centrolobulillar adyacente.

Imagen que ilustra una bulla subpleural de mayor tamaño que los lobulillos adyacentes y paredes delgadas.



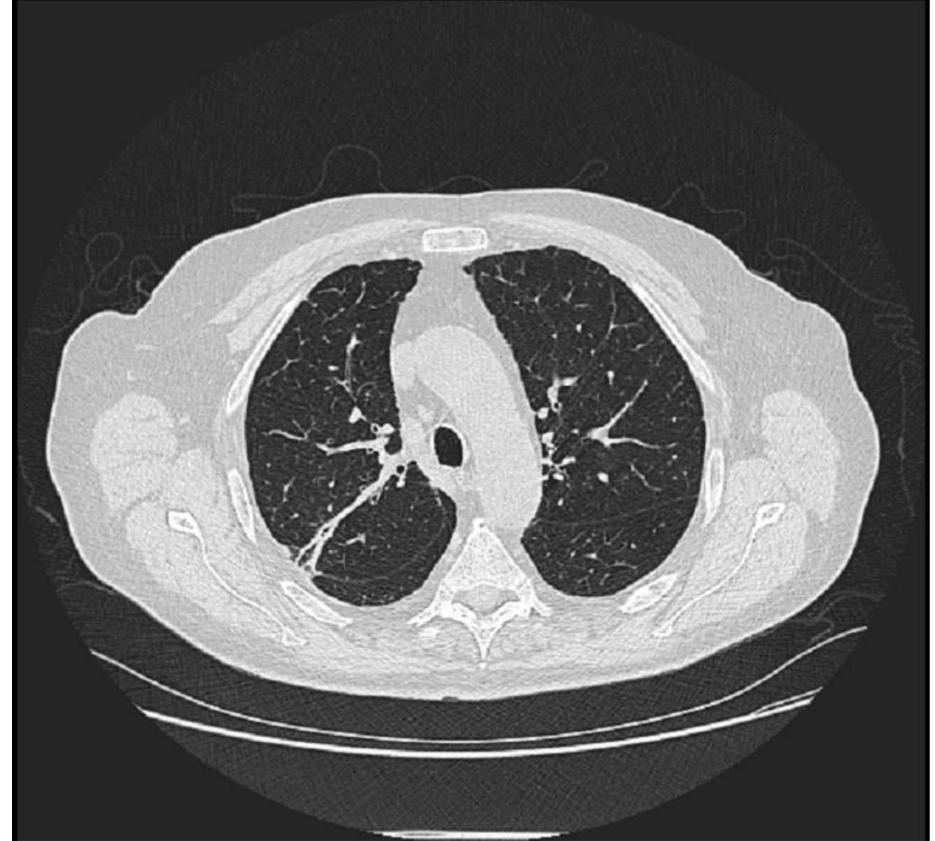
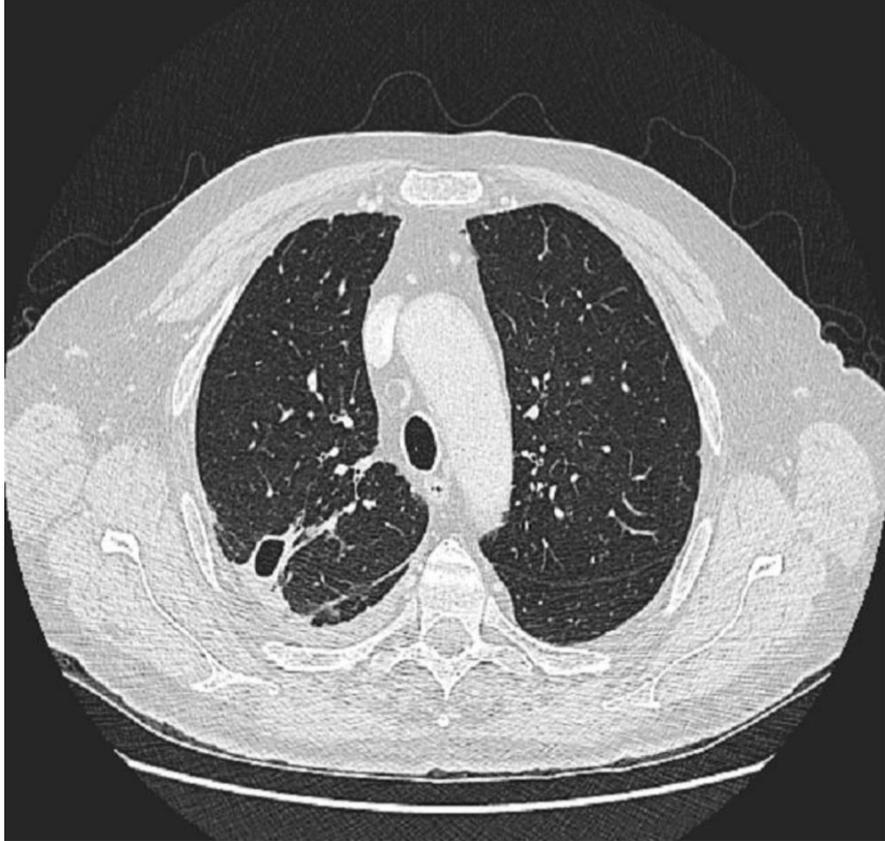
BULLA



Paciente fumador que presenta enfisema centrolobulillar y paraseptal en LLSS con grandes bullas en segmentos posteriores del LSI.

- Un neumatocele es una lesión aérea, de paredes delgadas y de carácter transitorio, generalmente causada por neumonía, traumatismo o aspiración de fluido hidrocarbonado.
- Radiológicamente, un neumatocele aparece como un espacio aéreo casi redondo y de paredes delgadas. Los neumatoceles pueden ir acompañados de consolidación adyacente o de una opacidad en vidrio deslustrado como resultado de una neumonía reciente; que puede aumentar progresivamente de tamaño durante los días siguientes o semanas, y luego se resuelven después de semanas o meses.

NEUMATOCELE



Paciente con neumonías recurrentes que acude con clínica infecciosa presenta lesión con densidad aire adyacente a consolidación parenquimatosa sugestiva de neumatocele.

Control a los 6 meses con resolución del neumatocele y banda lineal parenquimatosa residual en relación a cambios cicatriciales.

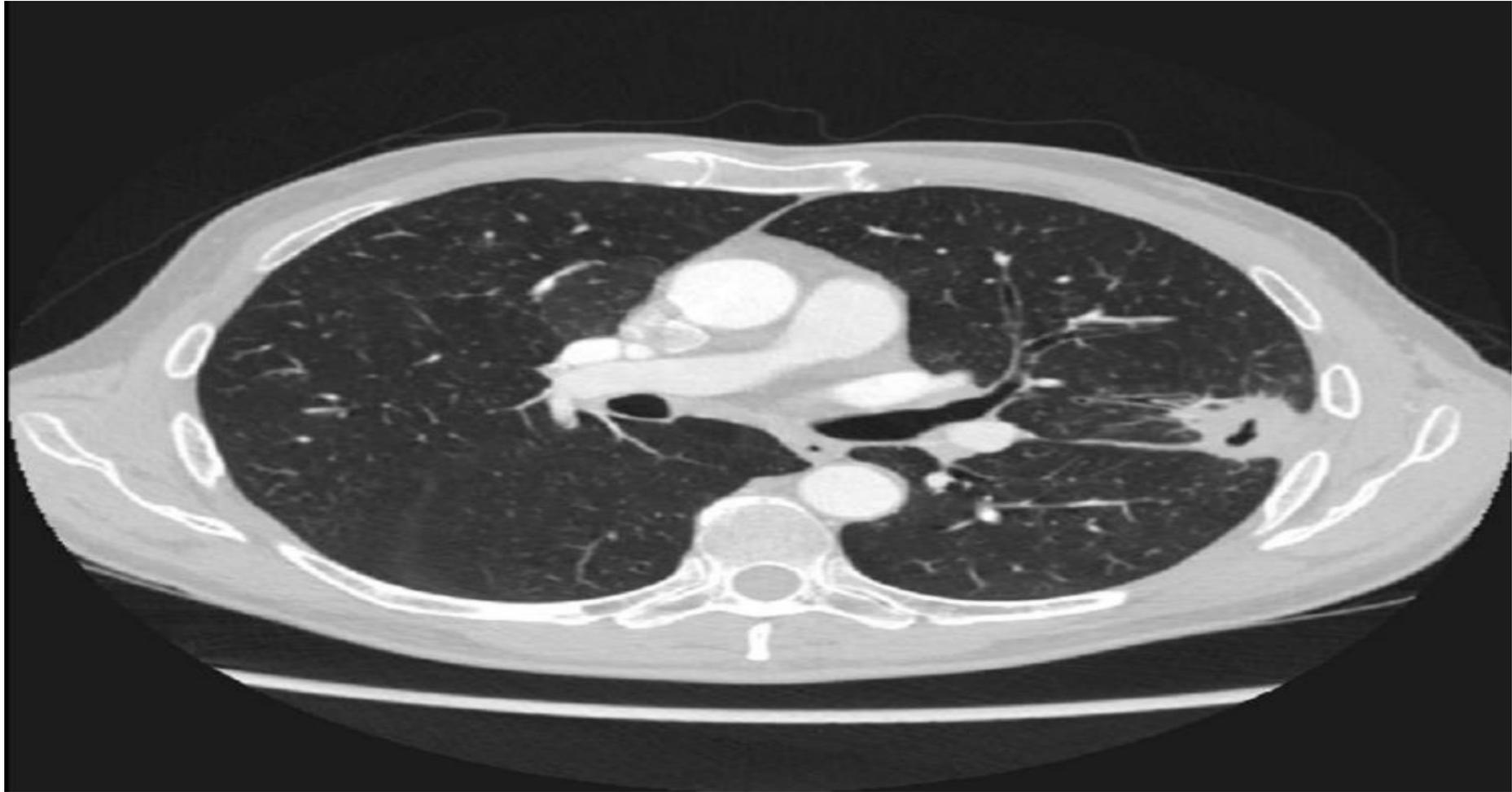
- Una cavidad es un espacio lleno de gas que se observa como una lucencia o área de baja atenuación dentro de una consolidación pulmonar, una masa, o un nódulo.
- Muchas enfermedades diferentes se presentan como lesiones cavitadas.
- Este espectro de enfermedades incluye infecciones agudas a crónicas, enfermedades crónicas o tumores malignos primarios o metastásicos.
- Una cavidad se diferencia de un quiste por la presencia de un pared más gruesa y una forma más irregular.

CAVIDAD



Paciente VIH con diagnóstico de endocarditis que presenta empeoramiento clínico, en el TACAR presenta múltiples nódulos pulmonares cavitados bilaterales de distribución periférica que sugieren émbolos sépticos.

CAVIDAD



Paciente con clínica infecciosa que presenta una consolidación cavitada periférica en LSI, compatible con una neumonía.

CAVIDAD

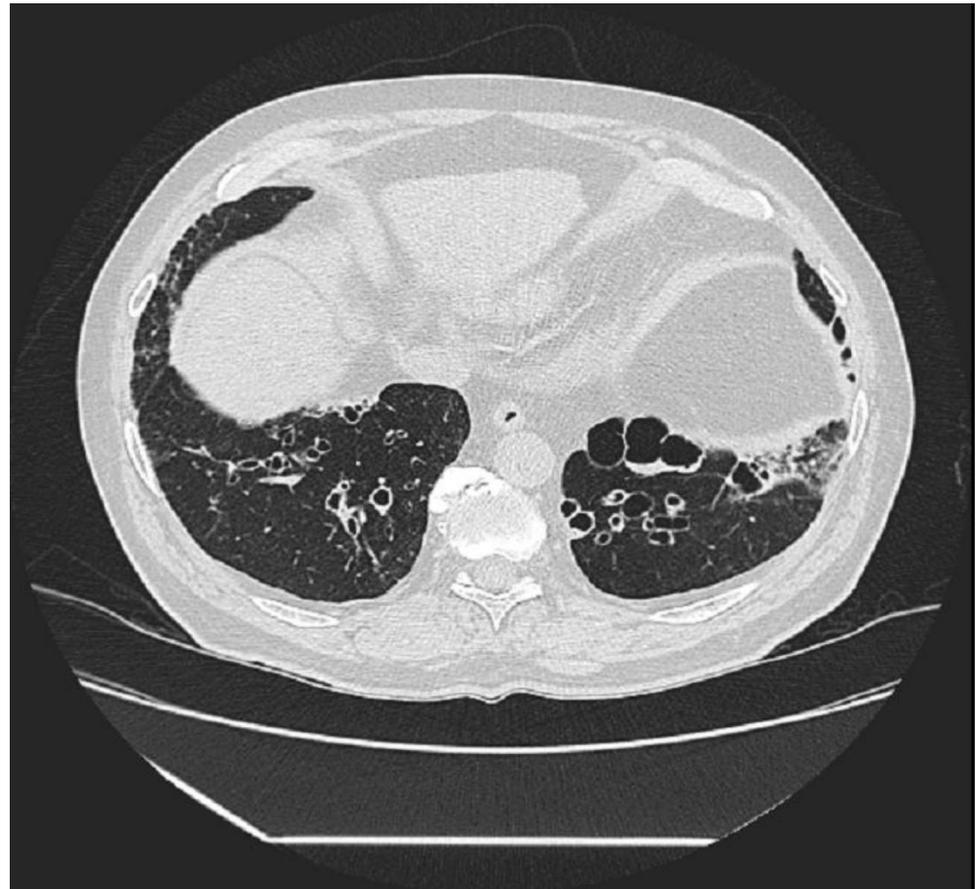
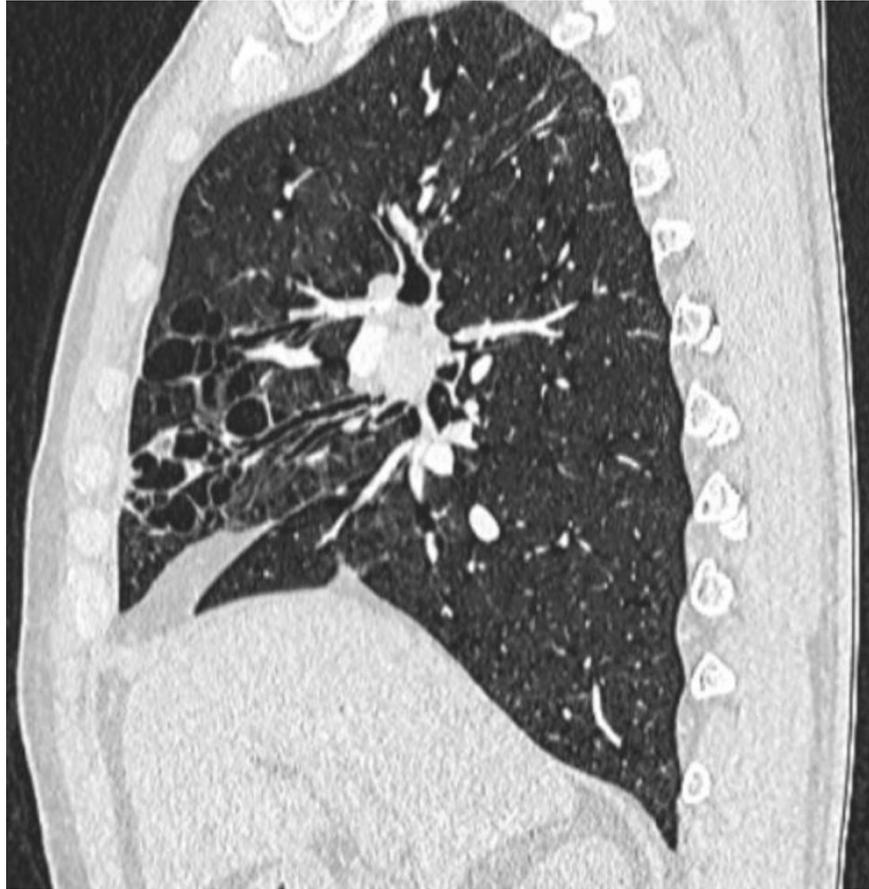


Paciente fumador que acude por disnea, presenta una gran masa periférica con cavitación que se correspondía con tumor primario de pulmón.

BRONQUIECTASIA QUÍSTICA

- La bronquiectasia es una dilatación bronquial irreversible, focal o difusa, generalmente como resultado de una infección, obstrucción de las vías respiratorias proximales o congénita.
- Se pueden clasificar como cilíndricas, varicosas o quísticas, según la apariencia de los bronquios afectados.
- Las características que permiten diferenciarla de un quiste son la morfología tubular en lugar de esféricas, su patrón de ramificación y su asociación a engrosamiento de la pared bronquial, nódulos centrolobulillares y atrapamiento aéreo.

BRONQUIECTASIA QUISTICA



Paciente con múltiples bronquiectasias quísticas y varicosas.

Se pueden observar engrosamiento de las paredes bronquiales y patrón de ramificación.

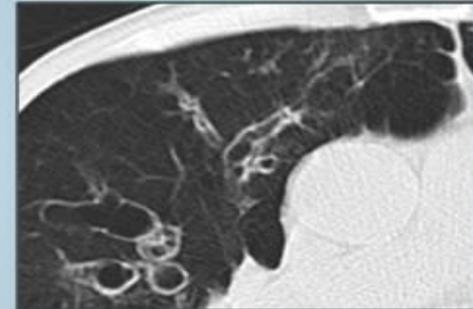
Algunas pueden presentar contenido y sobreinfectarse.

TIPOS DE BRONQUIECTASIAS

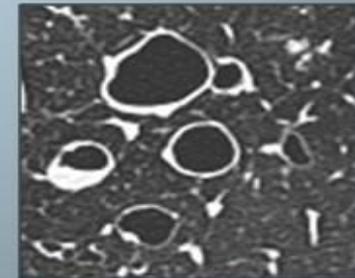
CILÍNDRICAS



VARICOSAS

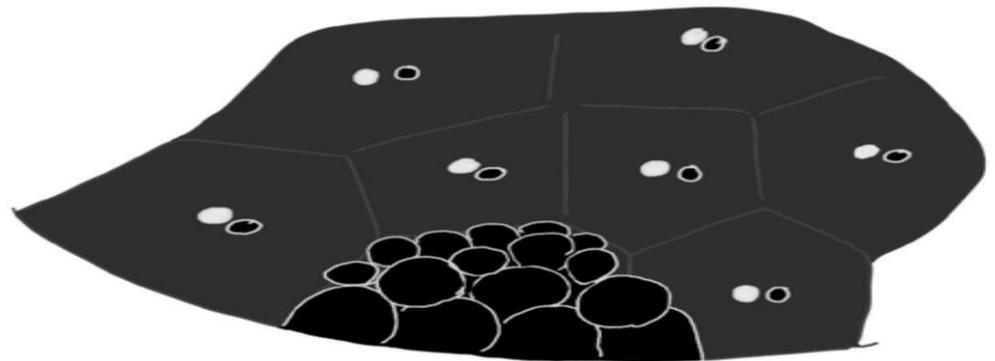


QUÍSTICAS



PANALIZACIÓN.

- La panalización representa un parénquima pulmonar fibrótico y desestructurado con numerosos espacios aéreos quísticos y paredes fibrosas gruesas.
- Radiológicamente, aparece como lesiones quísticas agrupadas con paredes bien definidas de 1-3 mm, con un diámetro de 3 a 10 mm, pero pueden ser ocasionalmente más grandes. Se caracteriza por múltiples filas de espacios llenos de aire agrupados en la región subpleural, predominantemente en los campos inferiores.
- La panalización se suele acompañar de otras características de fibrosis pulmonar como la reticulación y las bronquiectasias por tracción. Es la característica más distintiva de la neumonía intersticial usual (NIU)



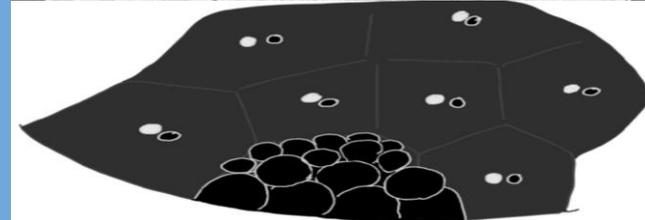
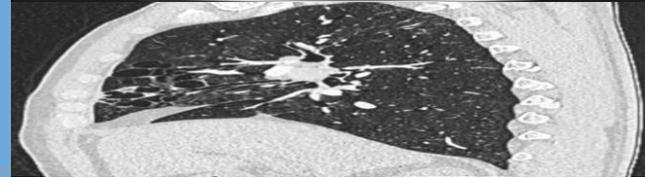
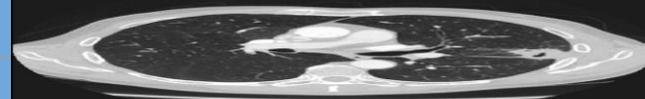
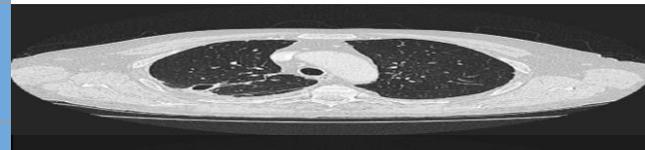
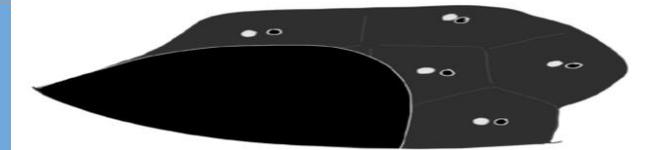
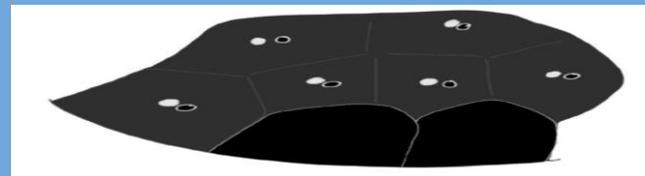
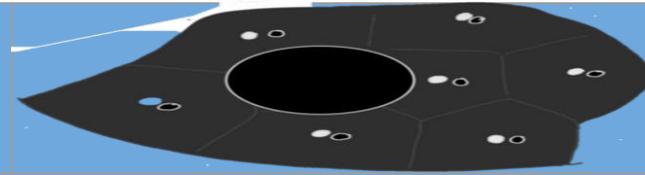
PANALIZACIÓN



Paciente con reticulación periférica y subpleural que se asocia con bronquiectasias por tracción y panalización en base pulmonar derecha, se corresponde con patrón típico de NIU

Lesiones pulmonares que contienen aire

Quiste	Redonda Pared delgada bien definida (<2 mm)	Rodeada de parénquima pulmonar normal
Enfisema	Generalmente sin paredes visibles punto central	Centrolobulillar de predominio en campos superiores Paraseptal de distribución subpleural
Bulla	Más de 1 cm de tamaño pared delgada casi imperceptible	Se acompaña de enfisema centrolobulillar y paraseptal
Neumatocele	Redonda pared delgada	Transitorio Consolidación u opacidad
Cavidad	Irregular pared gruesa	Dentro de consolidación masa o nódulo
Bronquiectasia quística	Tubular en lugar de redonda	Patrón de ramificación, asociado a engrosamiento de la pared bronquial y nódulos centrolobulillares
Panalización	Lesiones quísticas agrupadas de 3-10 mm paredes bien definidas (1 a 3 mm) una o más capas	campos inferiores subpleurales Asociado a patrón reticular o bronquiectasias por tracción



GRACIAS

