

Masa única cavitada

Andreu Arasa C, Parra Gordo ML

Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

La imagen radiológica de una cavidad pulmonar es la consecuencia de la necrosis parenquimatosa y una posterior evacuación de tejido pulmonar a través del árbol bronquial. El aire penetra en la lesión necrosada y se produce la imagen radioluciente con presencia o no de nivel hidroaéreo. Normalmente el tejido pulmonar que rodea la lesión produce una reacción inflamatoria periférica, asociada a edema y hemorragia.

El diagnóstico diferencial de una lesión única cavitada no es muy extenso. Siempre se deben tener en cuenta cuatro posibilidades:

- Proceso inflamatorio (absceso, infección por hongos o micobacterias).
- Proceso neoplásico (tumor primario o metástasis).
- Proceso vascular, aunque normalmente sean lesiones múltiples (artritis reumatoide, granulomatosis de Wegener, infarto).
- Proceso ambiental (silicosis, otras neumoconiosis).

Es importante no confundir una cavidad con una lesión hiperclara solitaria, como un neumatocele, un quiste congénito, una bronquiectasia quística o una bulla enfisematosa. Estas lesiones presentan una pared fina, bien definida y casi dibujada a punta de lápiz; sin embargo, una cavidad tiene paredes más gruesas y peor definidas.

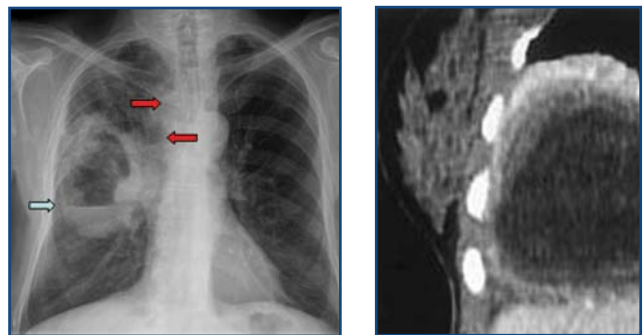
Las características radiológicas de la pared de una cavidad están determinadas por la reacción del parénquima pulmonar frente al proceso patológico, y así las características de la pared pueden resultar de ayuda para establecer la edad de la cavidad. Una consolidación alrededor indica edema, hemorragia o exudado purulento; sin embargo, unos límites irregulares son indicativos de cicatrices fibróticas y procesos crónicos. No obstante, a veces resulta difícil determinar el origen infeccioso o neoplásico de un proceso y

hay que recurrir a la biopsia pulmonar si la clínica y la evolución no son aclaratorias.

CASO CLÍNICO

Se trata de un varón de 65 años con antecedentes personales de EPOC. Ex fumador de un paquete de cigarrillos al día. Acude a la consulta de atención primaria por disnea y dolor en hemitórax derecho de reciente aparición.

Se realizan radiografías de tórax PA y lateral (*Figuras 1 y 2*), en las que se identifica una gran lesión situada en lóbulo superior derecho, cavitada, de paredes irregulares, gruesas y nodulares, con nivel hidroaéreo en relación con presencia de licuefacción necrótica de parénquima pulmonar (flecha azul). Además, se observa un aumento de tamaño del hilio derecho y un engrosamiento de la línea paratraqueal derecha, que indica la presencia de adenopatías mediastínicas en la zona (flechas rojas).



Figuras 1 y 2.

A continuación se le realiza TAC torácica tras la administración de contraste intravenoso (*Figura 3*). En ella se observa la gran masa pulmonar cavitada de paredes nodulares situada en lóbulo superior derecho,

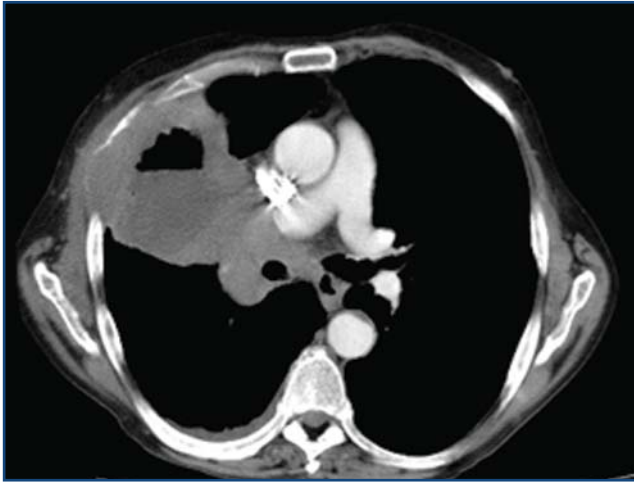


Figura 3.

que infiltra mediastino y la pared torácica y produce destrucción costal y masa de partes blandas asociada.

COMENTARIO

La presencia de una lesión de estas dimensiones, cavitada, de paredes nodulares y gruesas, que produce erosión costal y masa de partes blandas en pared torácica, nos hace pensar en proceso maligno. Si además tenemos en cuenta los antecedentes de tabaquismo del paciente, las posibilidades son neoplasia primaria pulmonar o más raramente metástasis cavitada (suele ser múltiple). La neoplasia primaria que más frecuentemente se cavita es el carcinoma epidermoide, aunque también se ha visualizado en adenocarcinomas. La biopsia transbronquial realizada por fibrobroncoscopia confirmó el diagnóstico de carcinoma epidermoide de pulmón.

BIBLIOGRAFÍA

- Reed JC. Lesión hiperclara solitaria. En: Radiología de tórax. Quinta edición. Madrid: Editorial Marban, 2005; 406-424.
- Lee JKT, Sagel SS, Stone RM. Pulmón. En: Body TC: Correlación RM. Tercera edición. Madrid: Editorial Marban, 1999; 351-455.