

37 Congreso
Nacional
CENTRO DE
CONVENCIONES
INTERNACIONALES

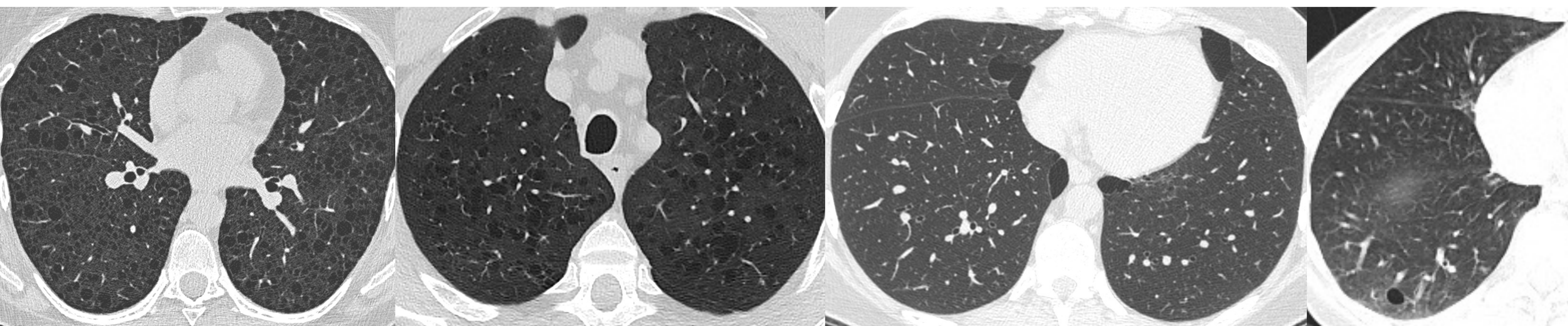
Barcelona
22/25
MAYO 2024

seram
Sociedad Española de Radiología Médica

FERM
FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE RADIOLOGÍA MÉDICA

RC | RADIOLEGS
DE CATALUNYA

ABORDAJE A LAS LESIONES QUÍSTICAS AÉREAS PULMONARES



Eva Giménez Comet¹, Adrià Roset Altadill¹, Sergi Juanpere Martí¹,
Noemí Cañete Abajo¹, Marta Mazuque Mancilla¹, Albina
Polianskaia¹, Alisa Trundaeva¹, Víctor Pineda Sánchez¹

¹Hospital Universitari Dr Josep Trueta, Girona

OBJETIVOS DOCENTES

- Diferenciar quistes pulmonares de otras patologías pulmonares que los mimetizan.
- Conocer los distintos tipos de lesiones quísticas aéreas pulmonares.
- Plantear un abordaje práctico a la enfermedad quística pulmonar.
- Conocer características clave para diferenciar entre las principales enfermedades quísticas pulmonares.

INTRODUCCIÓN

- Los quistes son **hallazgos frecuentes** en la tomografía computarizada (TC) pero su presencia no siempre indica patología subyacente.
- Existe patología pulmonar que **mimetiza** las lesiones quísticas pulmonares, como el enfisema, las bronquiectasias y las lesiones cavitadas, por lo que va a ser importante saber diferenciarlas.
- El diagnóstico diferencial de la enfermedad quística pulmonar es **amplio**, por lo que supone un reto diagnóstico para los radiólogos.
- Es esencial conocer la apariencia radiológica de las distintas enfermedades quísticas pulmonares para estrechar el diagnóstico diferencial; siendo la **distribución de los quistes pulmonares** el factor más importante para diferenciar entre las distintas entidades.
- El diagnóstico va a requerir de **correlación clínica** +/- la presencia de **hallazgos radiológicos asociados** (pulmonares o extrapulmonares). En raras ocasiones se va a requerir de biopsia pulmonar para el diagnóstico definitivo.

QUISTE PULMONAR

Definición según el glosario de términos de la *guía Fleischner (2024)*:

- Área de baja atenuación con una interfase bien definida con el pulmón normal.
- Rodeados por una PARED (epitelial/ fibrosa) normalmente fina (*entre 1-4mm*).
- Contienen normalmente aire, pero pueden contener líquido o material sólido.

La imagen radiológica es esencial para estrechar el diagnóstico diferencial.

RX TÓRAX (↓S) : Pueden parecer normales o presentar pulmones de gran tamaño con un patrón reticular inespecífico, provocado por la superposición de paredes quísticas.

TCAR como técnica de elección para evaluar quistes. Permite detectar y caracterizar las distintas etiologías causantes de los quistes.

Hallazgos radiológicos a tener en cuenta: número, morfología, grosor de la pared, distribución +/- presencia de hallazgos radiológicos asociados (nódulos pulmonares, engrosamiento septal, derrame pleural, adenopatías o hallazgos extrapulmonares).



Fig 1. Quiste pulmonar en TC torácica.

¿ES UNA LESIÓN QUÍSTICA PULMONAR?

Existen distintas patologías pulmonares que **mimetizan** los quistes pulmonares. Como primer paso diagnóstico, debemos aprender a identificar las lesiones quísticas verdaderas, que pueden ser solitarias o difusas, y saber diferenciarlas de patología como el *enfisema pulmonar*, las *bronquiectasias quísticas* o las *lesiones cavitadas* para no confundirlas con enfermedades pulmonares quísticas múltiples.

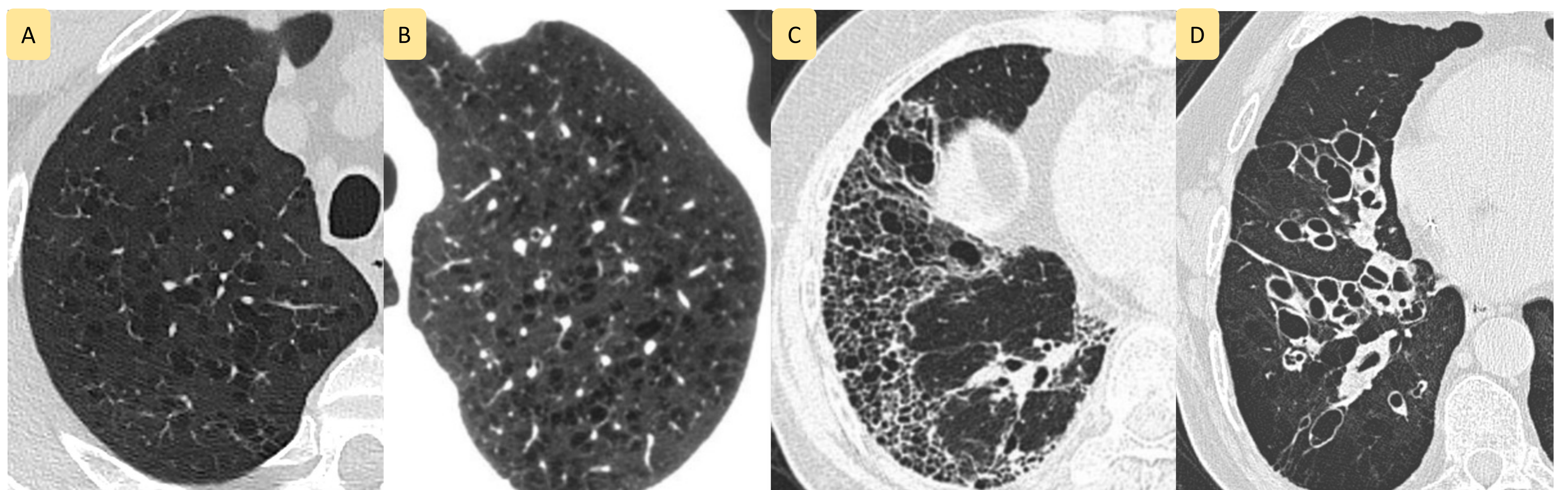


Fig 2. Ejemplos de patología pulmonar que mimetiza los quistes, pudiendo generar dudas en cortes axiales. (A) Verdaderos quistes difusos de tamaño y morfología irregular en un paciente con histiocitosis. (B) Paciente fumador con áreas de atenuación disminuida, sin pared visible y con una estructura vascular en su interior, en relación con **enfisema centrolobulillar**. (C) Múltiples hileras de espacios quísticos subpleurales de pared gruesa, compatible con **patrón en panal**. (D) **Bronquiectasias quísticas**, con engrosamiento bronquial asociado.

PATOLOGÍA PULMONAR SIMULADORA DE QUISTES

ENFISEMA PULMONAR

La principal patología con la que debemos diferenciar los quistes múltiples es el enfisema pulmonar. Es el DD + frecuente a realizar. Factores de riesgo: tabaco (90% casos), factores ambientales, déficit alfa-1-antitripsina.

Aumento permanente y patológico del espacio aéreo distal al bronquiolo terminal, con destrucción de paredes alveolares.

- Áreas focales de hipotenuación SIN pared visible.
- Puede presentar “*punto central*”, que corresponde a la arteria centrolobulillar.

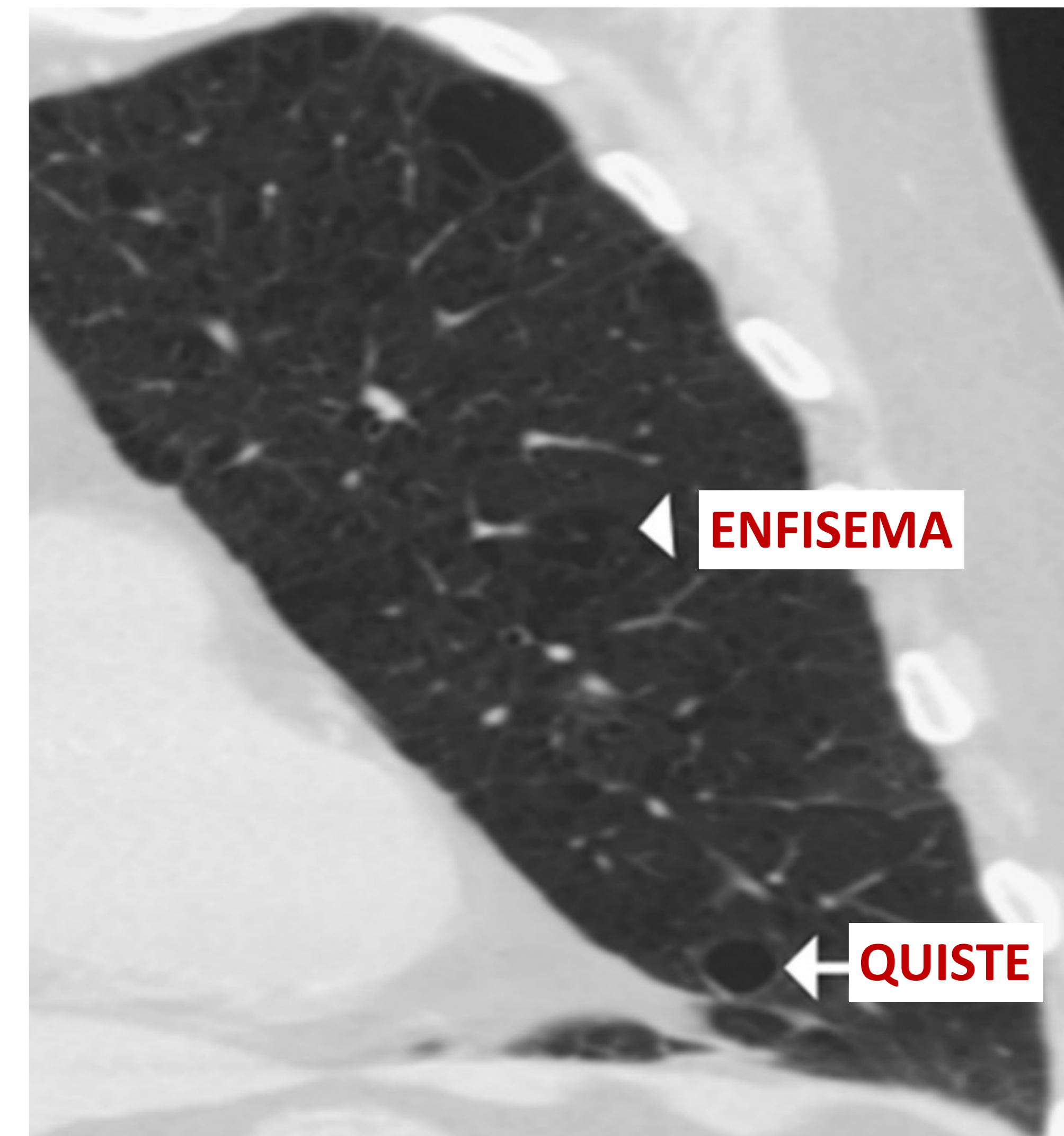


Fig 3. Enfisema centrolobulillar de predominio en lóbulos superiores. **Fig 4.** Plano coronal en el que se diferencia un quiste de pared fina vs enfisema, que se presenta como área focal hipodensa de pared imperceptible y con estructura centrolobulillar en su interior.

- Puede clasificarse morfológicamente según la **distribución por el lobulillo secundario**:

CENTROLOBULILLAR O CENTROACINAR

PARASEPTAL O ACINAR DISTAL

PANLOBULAR O PANACINAR

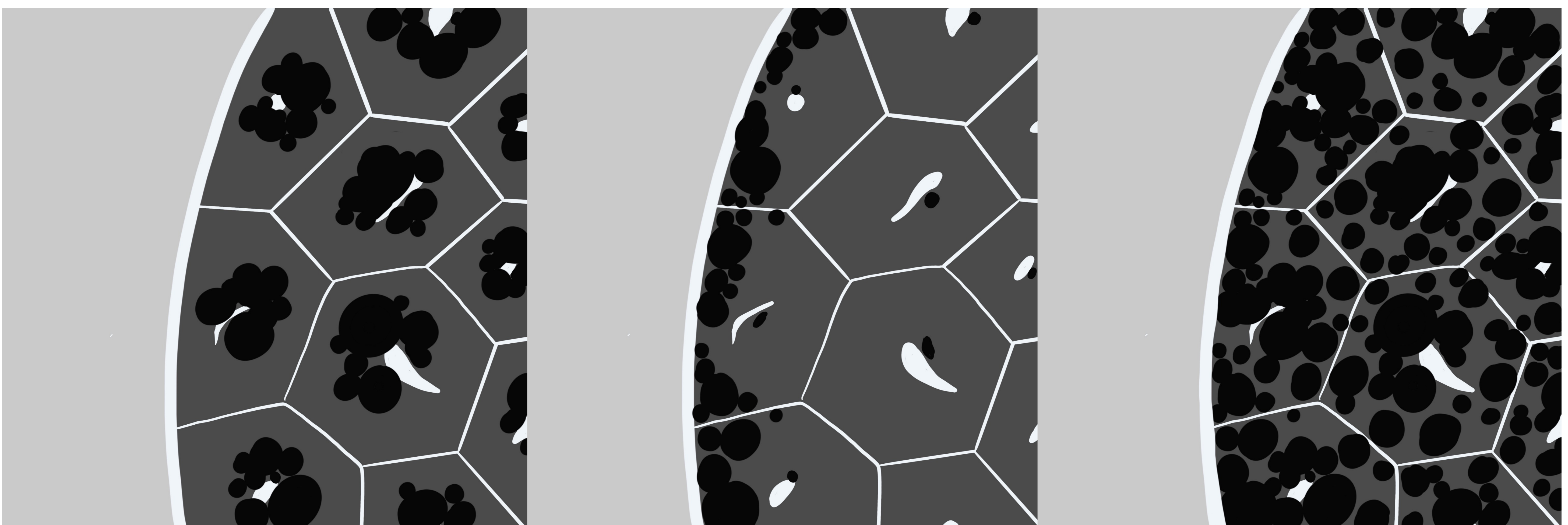


Fig 5. Representación esquemática de los distintos tipos de enfisema pulmonar según su clasificación morfológica.

CENTROLOBULILLAR O CENTROACINAR

El más frecuente en pacientes fumadores.

Espacio central del lobulillo secundario pulmonar.

- Predominio en lóbulos SUPERIORES.
- Distribución parcheada.



Fig 6. Moderado enfisema centrolobulillar en fumador de 62 años.

PARASEPTAL O ACINAR DISTAL

Pacientes fumadores.

Periferia del lobulillo secundario pulmonar

(región adyacente a pleura + septos interlobulillares).

- Predominio SUBPLEURAL y peribroncovascular.



Fig 7. Enfisema mixto, de predominio paraseptal, en fumador de 57 años.

PANLOBULAR O PANACINAR

Pacientes con déficit α -1-antitripsina (*edad + joven*),
inyecciones iv metilfenidato o Sd Swyer- James.

Totalidad del lobulillo secundario pulmonar.

- Predominio en lóbulos INFERIORES.
- Disminución homogénea de la atenuación de todo el parénquima pulmonar.

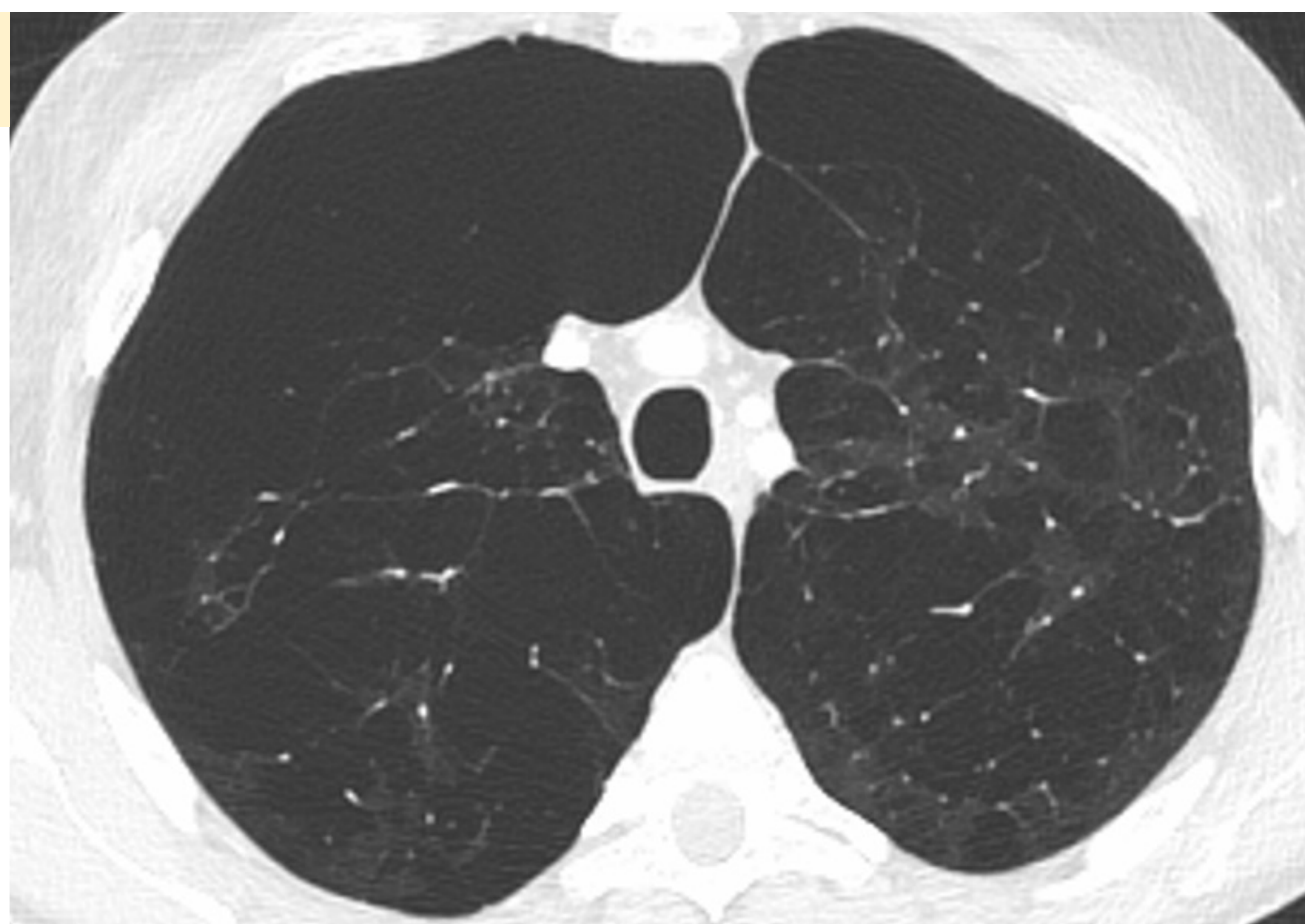


Fig 8. Enfisema panlobular en paciente con déficit α -1-antitripsina.

BRONQUIECTASIAS QUÍSTICAS

Dilatación irreversible del bronquio por infecciones crónicas, obstrucción de vía aérea proximal o malformaciones congénitas.

- Pueden ser cilíndricas, varicosas o quísticas en función de la apariencia del bronquio.
- Presentan continuidad con la vía aérea.

*Se requiere de **reconstrucciones multiplanares** para distinguirlas. Nos podemos ayudar de reconstrucciones minIP para demostrar la comunicación con el árbol bronquial.*

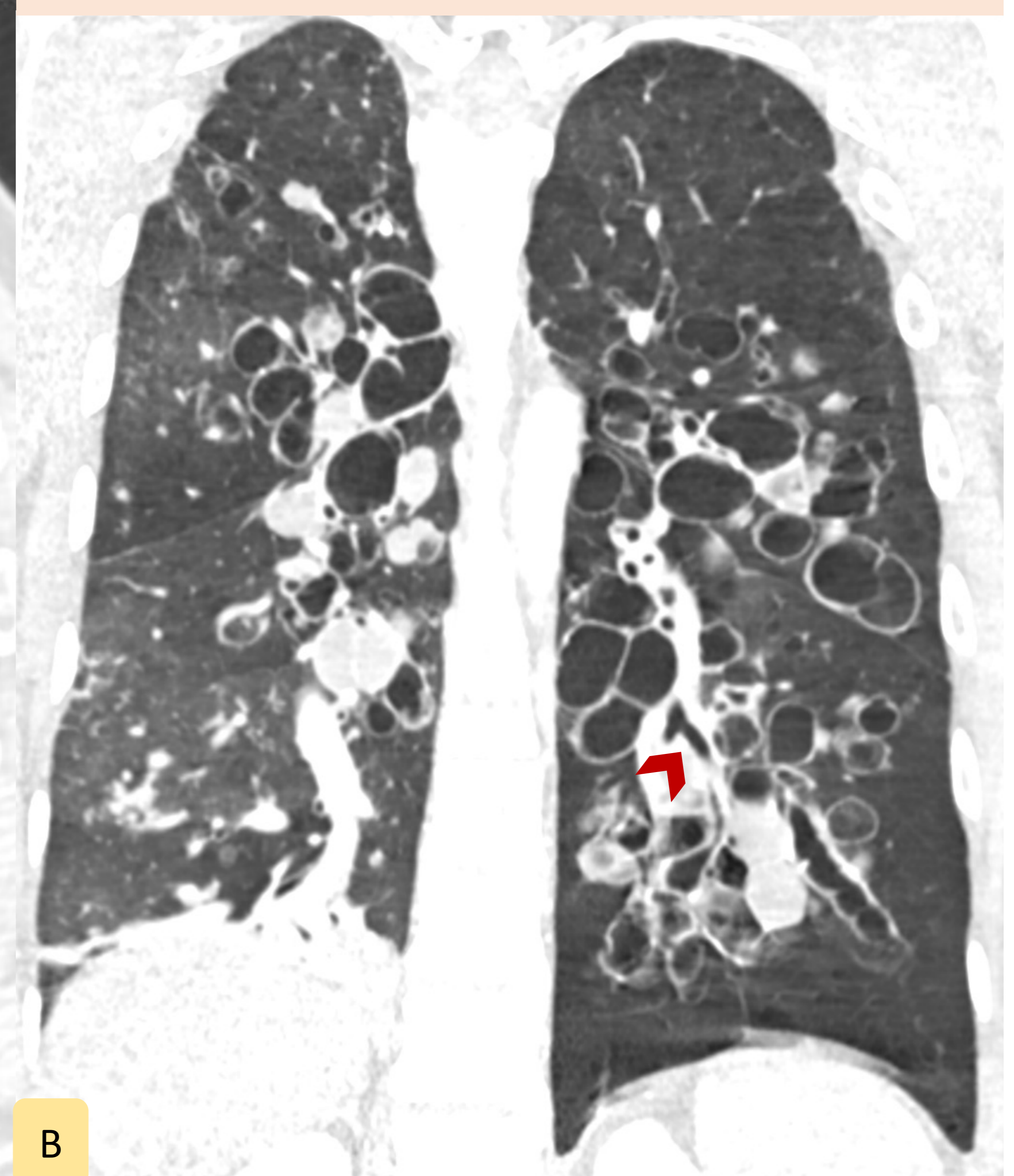
- Asociadas a engrosamiento peribronquial, nódulos centrolobulillares, atrapamiento aéreo.



Fig 9. Dilataciones bronquiales de morfología quística, que podrían confundirse con quistes pulmonares en planos axiales.

Fig 10. (A, B). Grandes y numerosas bronquiectasias bilaterales de morfología quística/sacular, con patrón en rama. Algunas de ellas con niveles hidroaéreos en su interior. Asocian taponamientos mucosos y signos de engrosamiento peribronquial.

Las flechas rojas señalan los puntos dónde se observa claramente la continuidad con la vía aérea, confirmando así que se trata de bronquiectasias. Recalamos así la importancia de la reconstrucción multiplanar para evitar confundirlas con quistes pulmonares.



A

B

LESIONES CAVITADAS

Espacio aéreo en el interior de una lesión pre-existente (nódulo, masa o consolidación pulmonar).

- Pared de grosor variable, normalmente **> 4mm**.
- Morfología irregular.

Presentan un amplio diagnóstico diferencial.

SOLITARIAS

Carcinoma broncogénico primario (*+frecuente células escamosas*)

Absceso pulmonar

Infarto pulmonar

MÚLTIPLES

Tuberculosis (*predominio en lóbulos superiores*)

Émbolos sépticos (*típicamente periféricos*)

Metástasis (*distribución aleatoria*)

Vasculitis (*predominio periférico*)

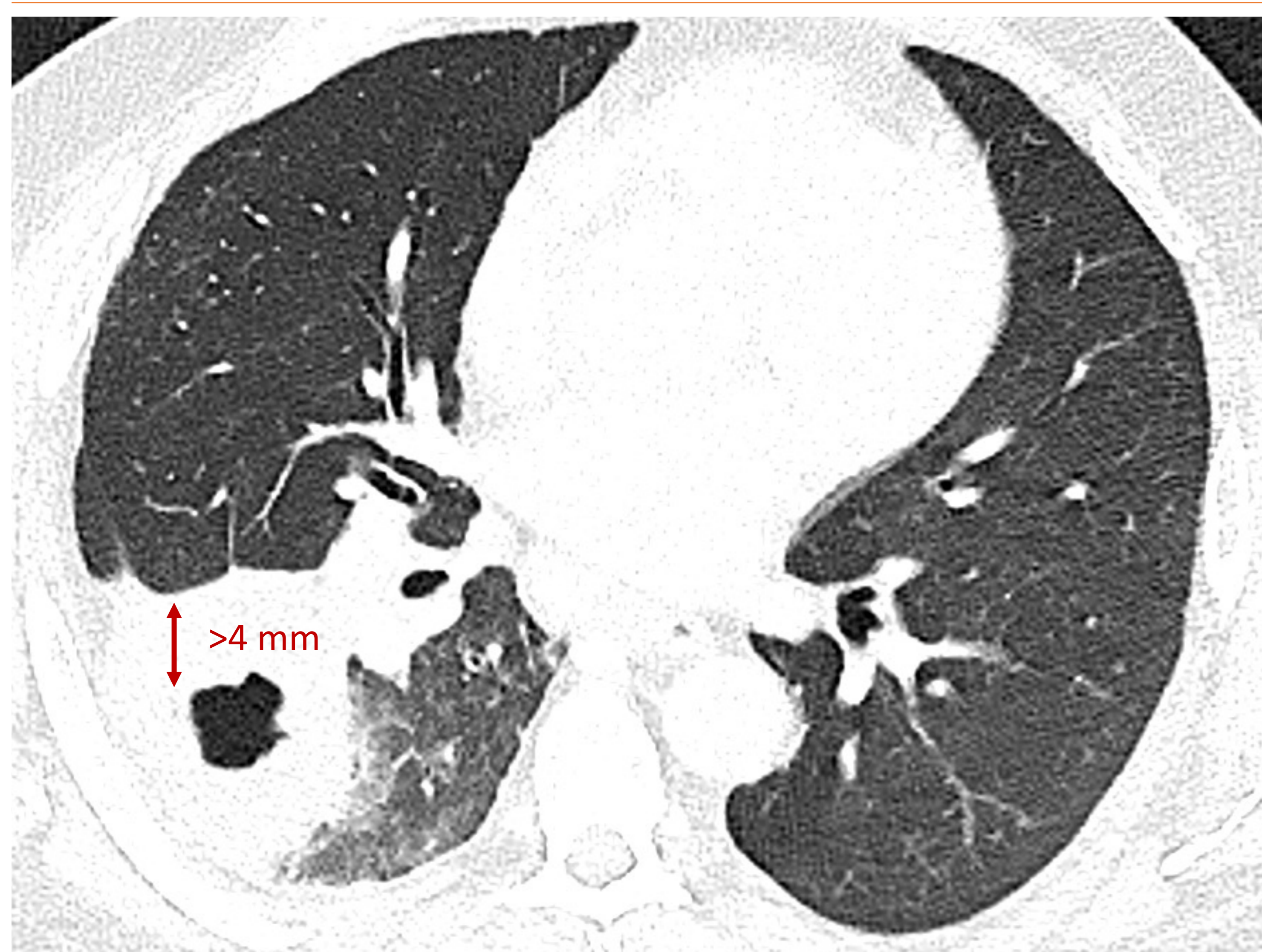


Fig 11. Consolidación pulmonar centrada en lóbulo pulmonar inferior derecho, de pared gruesa y con contenido aéreo en su interior, en relación con neumonía necrotizante. Asocia áreas de vidrio deslustrado periféricas.

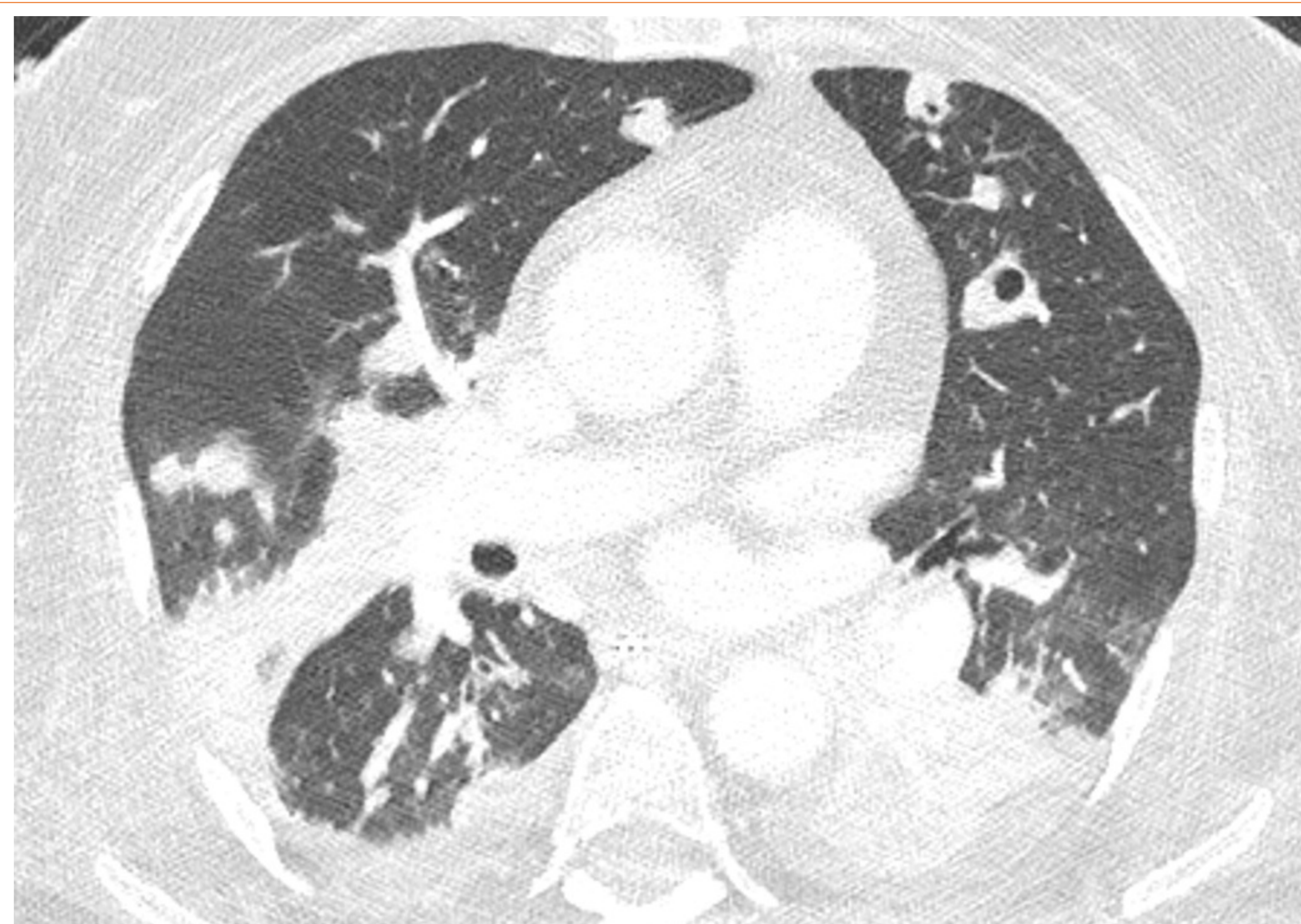


Fig 12. Émbolos sépticos en paciente con nocardiosis.



Fig 13. Metástasis de distribución aleatoria y predominio bibasal.

DD DE LESIONES QUÍSTICAS AÉREAS PULMONARES

Cuándo ya hemos descartado que se trate de patología pulmonar imitadora de lesiones quísticas, debemos saber diferenciar entre los distintos tipos de lesiones quísticas aéreas pulmonares.

BLEB / BULLA

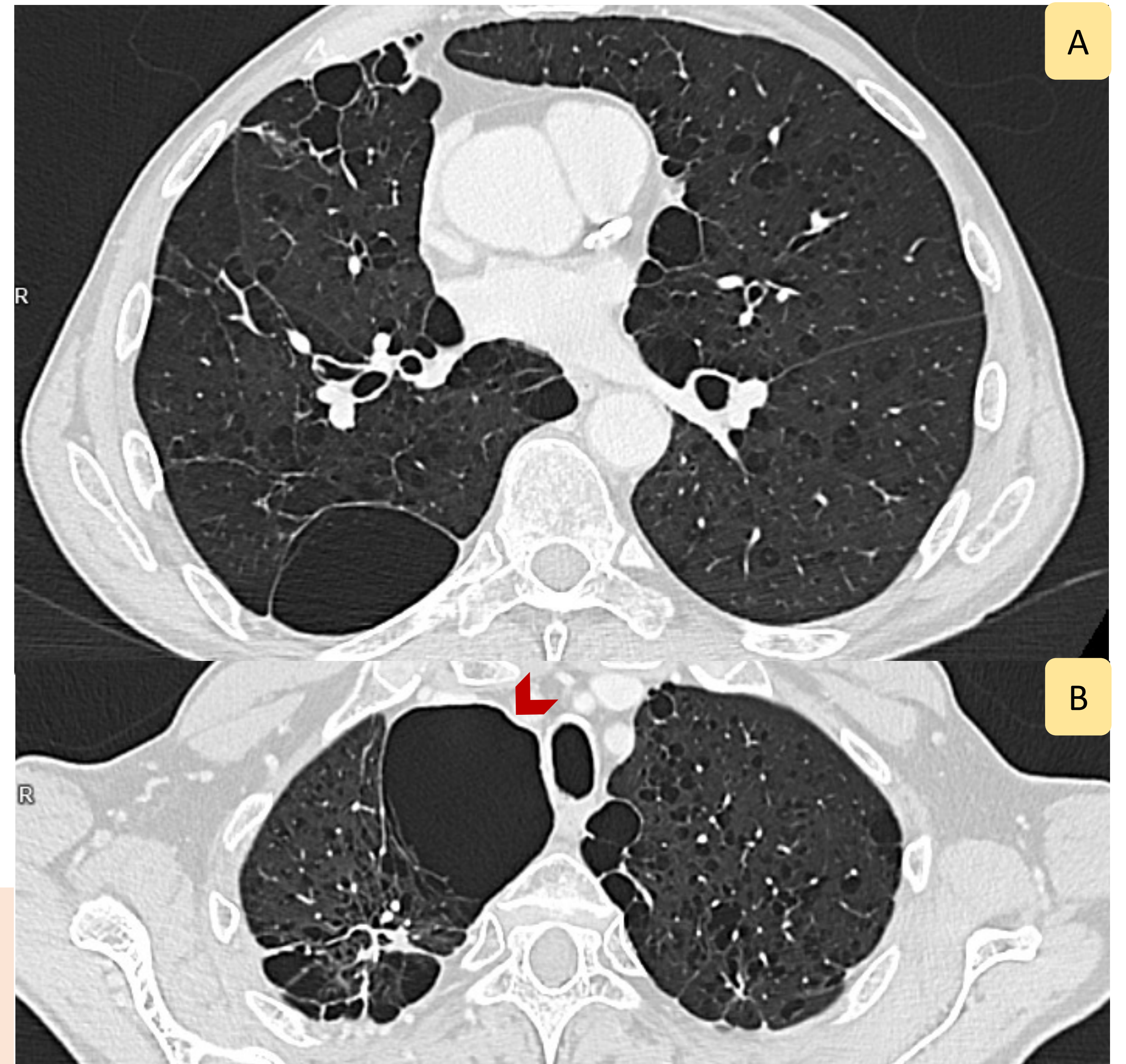
Causa +frecuente de neumotórax espontáneo (*paciente joven*).

- BLEB (≤ 1 cm de diámetro)
- BULLA (>1 cm de diámetro)

Distribución **SUBPLEURAL**, de mayor tamaño en región apical.

Suele asociarse a enfisema pulmonar.

Fig 14. Paciente con enfisema pulmonar centroacinar y paraseptal.
(A) Presencia de bullas de predominio en hemitórax derecho.
(B) La flecha señala la bulla de mayor tamaño, en ápex derecho.



NEUMATOCELE

Pacientes con antecedente de **neumonía** (*S. Aureus*, *Pneumocystis jirovecii*), **trauma** o aspiración de hidrocarburo.

- Espacio quístico TRANSITORIO.
- Puede acompañarse de consolidación adyacente o opacidad en vidrio deslustrado, como resultado de neumonía reciente.

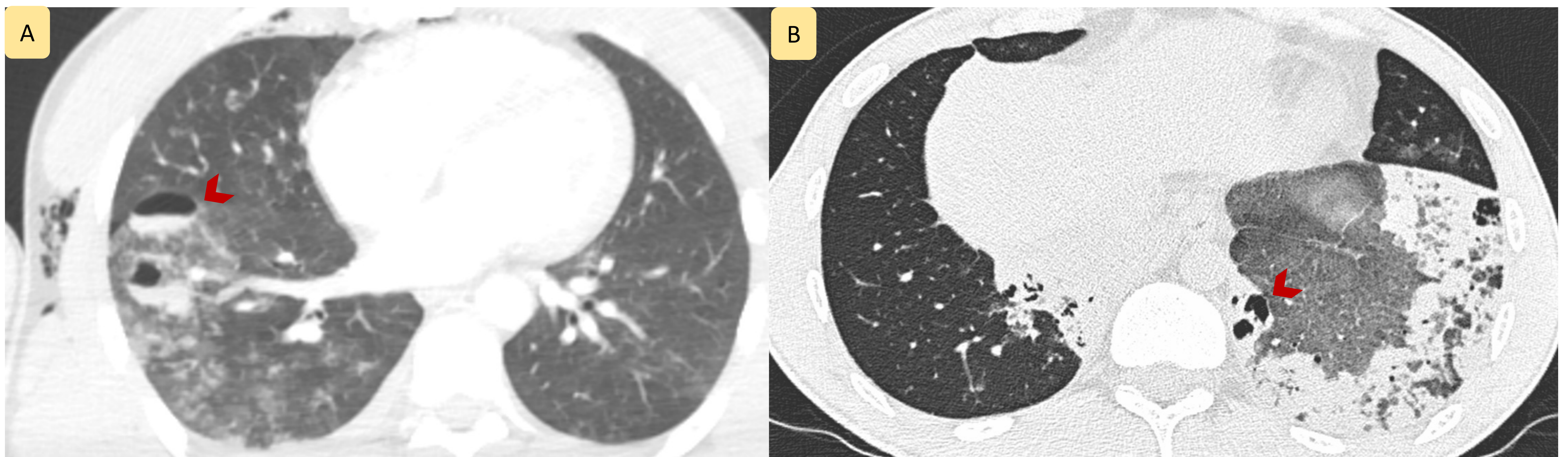


Fig 15. Pneumatoceles. (A) TC torácica en paciente politraumática. Laceraciones pulmonares en lóbulo pulmonar medio e inferior derecho con neurohematoceles (flecha). (B) Afectación parenquimatosa por focos consolidativos de distribución periférica, así como vidrio deslustrado y engrosamiento de septos interlobulillares (*crazy paving*). Neumatoceles paramediastínicos posteriores (flecha). Se confirmó neumonía lipóidea en paciente que utilizaba aceite de rosa mosqueta.

PATRÓN EN PANAL

Representa parénquima pulmonar fibrótico y destruido.

Indicativo del estadio tardío de distintas patologías pulmonares, traduciendo **fibrosis pulmonar** establecida.

- Suele presentarse como múltiples hileras de quistes subpleurales agrupados. También puede ser hilera única.
- QUISTES de tamaño relativamente homogéneo (entre 3-10mm), de pared gruesa (*entre 1-3mm*).
- Distribución subpleural, de predominio en lóbulos INFERIORES.
- Asocia patrón reticular +/- bronquiectasias por tracción.

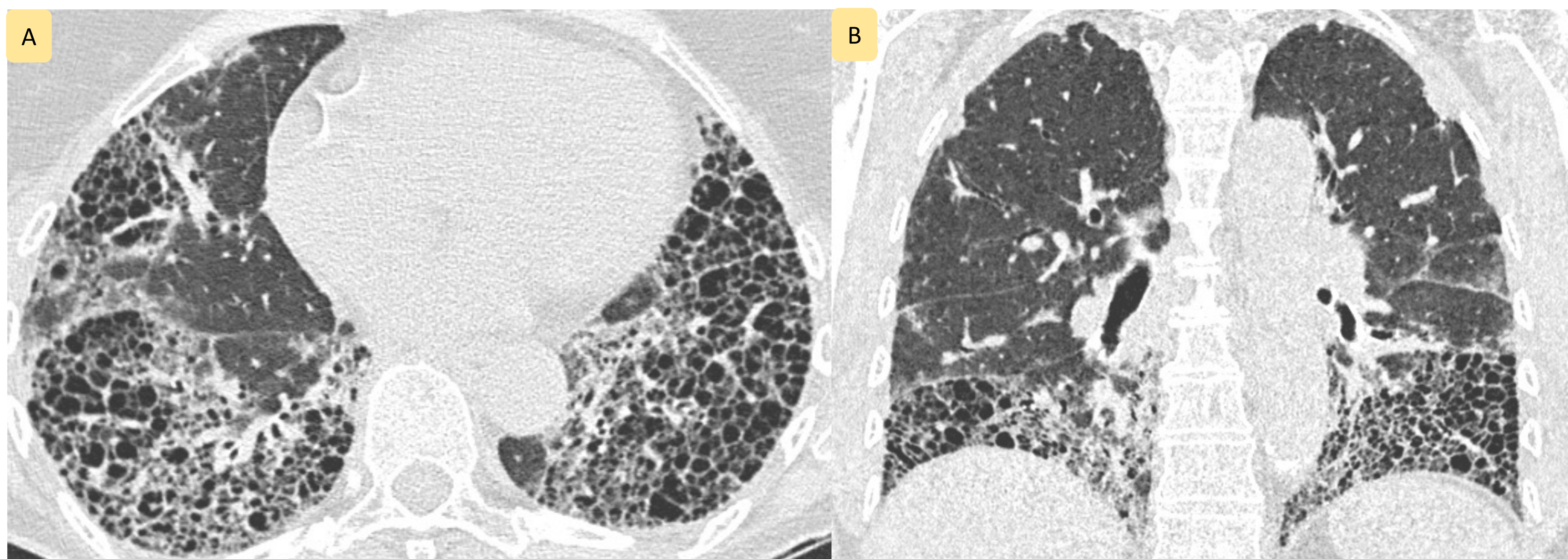


Fig 16. Fibrosis pulmonar con patrón típico de NIU. (A) Múltiples hileras de espacios aéreos agrupados con paredes gruesas, de distribución subpleural en relación con patrón en panal. Asocia bronquiectasias por tracción. (B) Plano coronal que muestra la típica afectación bibasal, con demarcación clara entre el pulmón fibrótico y el no fibrótico (“straight edge sign”).

RESUMEN DE LESIONES PULMONARES CON CONTENIDO AÉREO

	CARACTERÍSTICAS RADIOLÓGICAS	HALLAZGOS RADIOLÓGICOS ÚTILES
QUISTE	Redondo. Pared fina bien definida (de 1-4 mm).	Interfase con pulmón normal.
LESIÓN CAVITADA	Irregular. Pared gruesa (>4 mm).	En el interior de consolidación, masa o nódulo.
BULLA	>1 cm de tamaño (≤1 cm = bleb). Pared fina, imperceptible.	Asociado a enfisema centrolobulillar o paraseptal.
PNEUMATOCELE	Redondo. Pared fina.	Transitorio. Asocia consolidación u opacidades en vidrio deslustrado.
ENFISEMA CENTROLOBULILLAR	NO presenta paredes visibles. Punto central.	Predominio en lóbulos superiores.
PATRÓN EN PANAL	Lesiones quísticas 3-10 mm agrupadas. Paredes gruesas bien definidas 1-3 mm. 1 o + hileras.	Lóbulos inferiores, subpleural. Acompañado de patrón reticular o bronquiectasias por tracción.
BRONQUIECTASIAS QUÍSTICAS	Más frecuente tubulares que esféricas.	Patrón en rama. Asocian engrosamiento peribronquial, nódulos centrolobulillares o atrapamiento aéreo.

¿ LESIÓN QUÍSTICA INCIDENTAL O PATOLÓGICA?

Una vez identificado el verdadero quiste pulmonar, estos pueden clasificarse en función de si son solitarios/localizados o si son múltiples/difusos. Debemos recordar que los quistes son hallazgos frecuentes en la TC y no siempre traducen patología subyacente.

QUISTE PULMONAR INCIDENTAL

La presencia de <5 quistes suele ser NORMAL.

- ↑ prevalencia con la edad (raro <40 años).
- +F en periferia de lóbulos inferiores.
- Permanecen estables con el tiempo, o pueden aumentar levemente de tamaño.



Fig 17. Quistes incidentales en paciente de 32 años.

Los quistes solitarios o un pequeño número de quistes incidentales pueden ser la manifestación inicial de una enfermedad quística pulmonar múltiple. Pero en ausencia de hallazgos clínicos sospechosos, no se requiere un seguimiento. El diagnóstico diferencial de las enfermedades caracterizadas por la presencia de quistes pulmonares es amplio, des de desórdenes pulmonares hasta enfermedades multisistémicas raras. Para un diagnóstico correcto, es necesario un enfoque multidisciplinario que correlacione el **contexto clínico** (*edad, sexo, hábito tabáquico, exploración física, estado inmune, patologías de base, medicación prescrita, síntomas/ signos extrapulmonares, exposiciones ocupacionales, enfermedades recientes y resultados de laboratorio relevantes*) con los **hallazgos radiológicos**.

DD DE LA ENFERMEDAD QUÍSTICA PULMONAR

QUISTE PULMONAR SOLITARIO

- Malformación congénita de la vía aérea pulmonar.
- Quiste broncogénico pulmonar.

QUISTES PULMONARES MÚLTIPLES/ DISTRIBUCIÓN DIFUSA

Quistes difusos como **hallazgo dominante**.

- Histiocitosis pulmonar de células de Langerhans.
- Linfangioleiomiomatosis (asociada o no a esclerosis tuberosa).
- Neumonía intersticial linfoidea.
- Síndrome Birt-Hogg-Dubé.
- Papilomatosis traqueobronquial (*rara*).
- Neumonía intersticial descamativa.
- Neurofibromatosis tipo 1.
- Hamartoma quístico mesenquimatoso pulmonar (*rara*).

Hallazgo secundario.

- Panal en patron de NIU.
- Laceración pulmonar en traumatismos.
- Neumonía por *Pneumocystis jirovecii*.
- Sarcoidosis.
- Enfermedad por depósito de cadenas ligeras.
- Amiloidosis.

ABORDAJE PRÁCTICO A LA ENFERMEDAD QUÍSTICA PULMONAR

Como ya hemos visto, los quistes deben diferenciarse de otras patologías pulmonares que los mimetizan. Una vez identificadas las verdaderas lesiones quísticas aéreas pulmonares, la presencia de estas puede traducir patología subyacente. Existe un amplio espectro de patologías que pueden cursar con quistes pulmonares, por lo que el diagnóstico diferencial puede ser complicado. La TC torácica permite definir los aspectos morfológicos (**número, tamaño, forma**) y la **distribución** de los mismos, así como la asociación de **otros hallazgos radiológicos pulmonares** o no.

- La combinación de la apariencia radiológica + contexto clínico, así como las manifestaciones extrapulmonares, permiten un correcto acercamiento diagnóstico de la mayoría de patologías sin necesidad de biopsia.

Los quistes pueden categorizarse como únicos/localizados o múltiples/difusos. Los quistes solitarios incluyen los quistes incidentales (<5 probablemente es normal) o las enfermedades quísticas congénitas. En cambio, la presencia de quistes múltiples puede categorizarse en relación con la presencia o ausencia de otros hallazgos radiológicos (presencia de *nódulos, opacidades en vidrio esmerilado o lesiones extrapulmonares*). El factor radiológico más importante para estrechar el DD será la distribución de los quistes pulmonares.

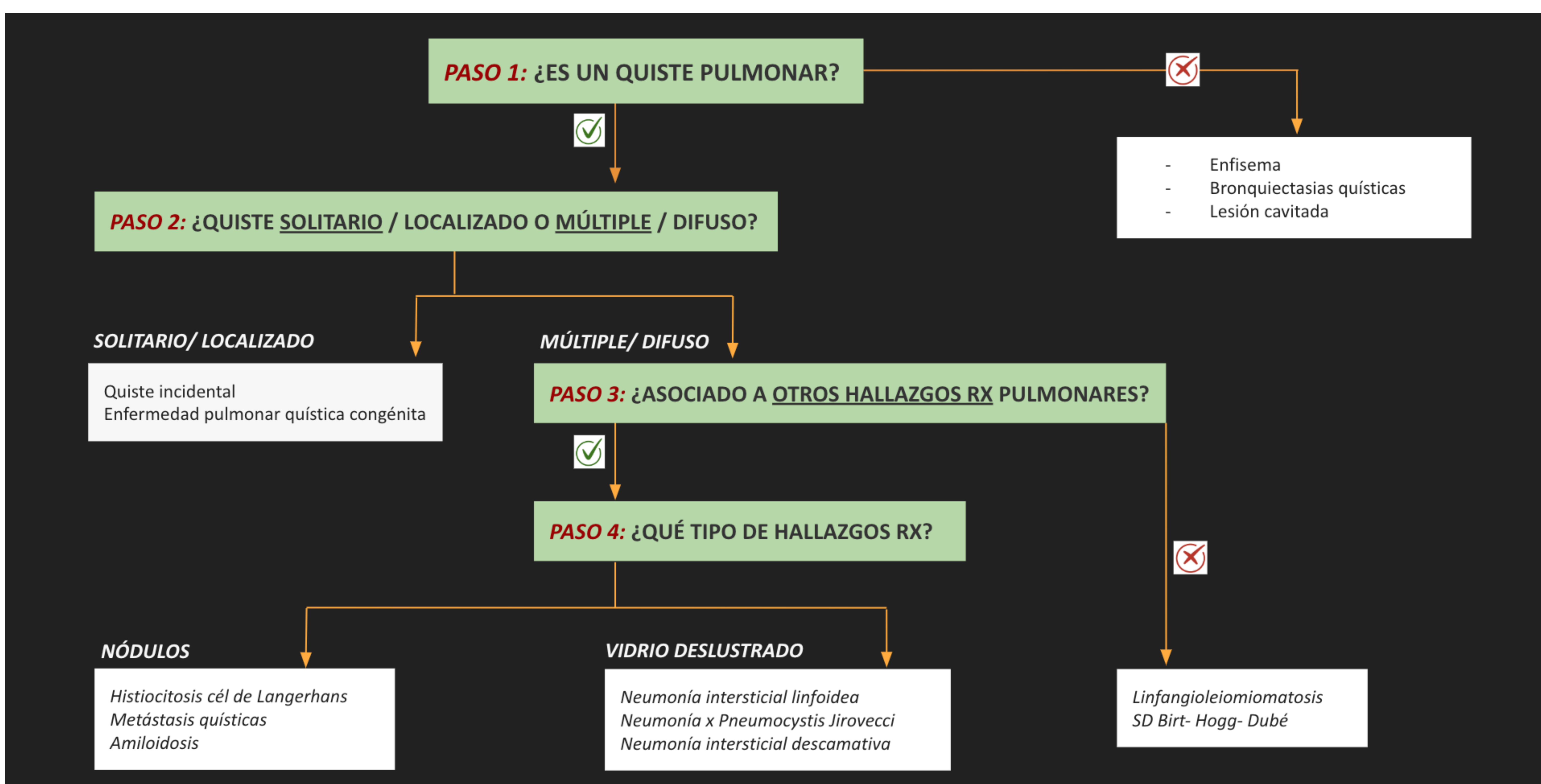


Fig 18. Algoritmo que muestra el abordaje diagnóstico a seguir cuándo encontramos una lesión que nos recuerda a un quiste pulmonar.

Enfermedades con quistes múltiples SIN otros hallazgos radiológicos pulmonares asociados.

LINFANGIOLEIOMIOMATOSIS

Enfermedad caracterizada por la proliferación intersticial anormal de células de músculo liso en el pulmón, riñón y linfáticos axiales.
Etiología: Mutaciones de genes TSC2 o TSC1. Puede ser esporádica o estar asociada a esclerosis tuberosa (+ F).

Afecta principalmente a **mujeres en edad fértil**. Clínica: neumotórax o quilotórax espontáneo.

- QUISTES de morfología **regular, redondos u ovoides**.
- Distribución **DIFUSA**, SIN predominio lobar.

En caso de estar asociada a **ESCLEROSIS TUBEROSA**:

- Presencia de **angiomiolipomas renales** (únicos o múltiples).
- Múltiples lesiones óseas blásticas.

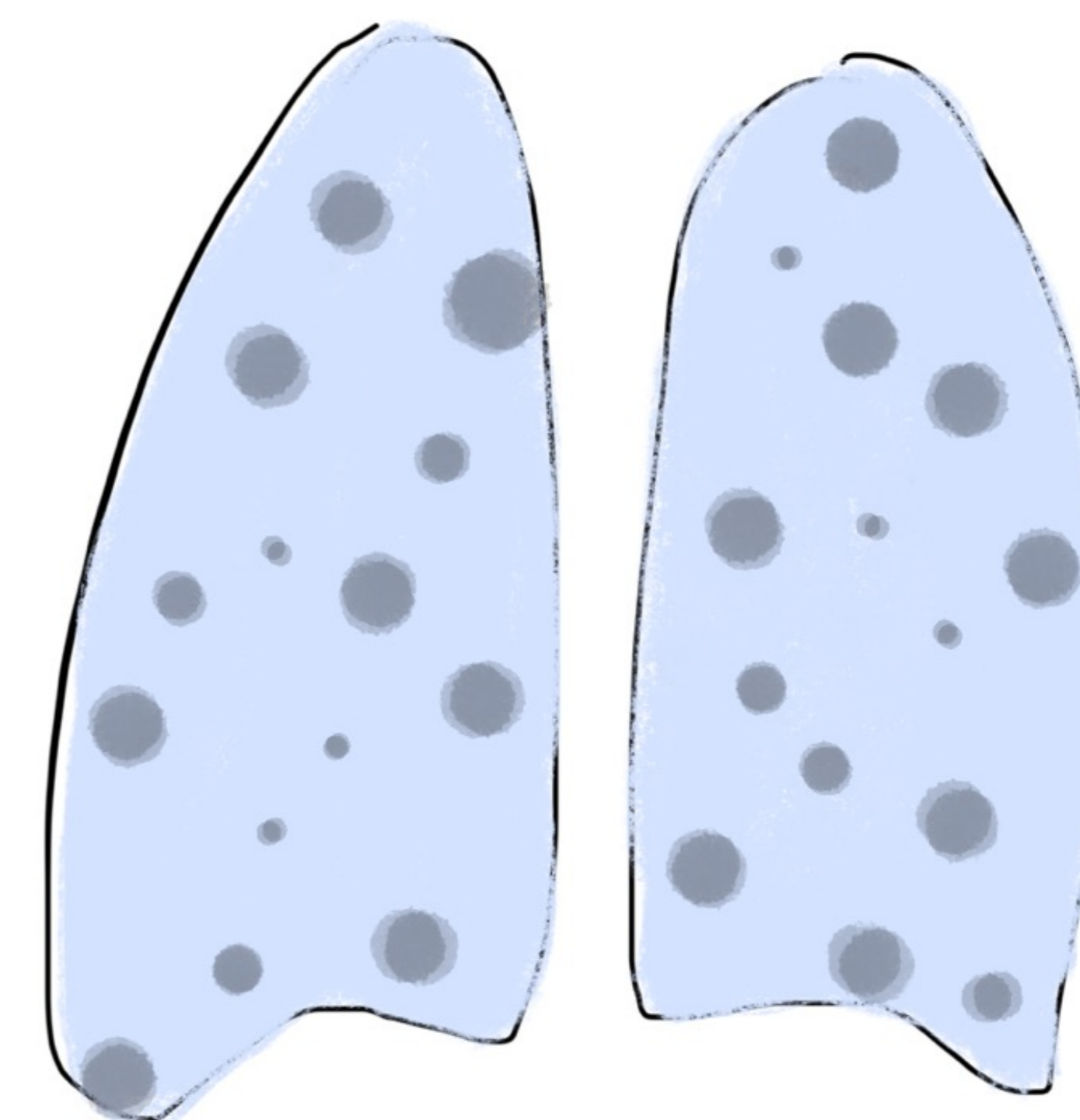


Fig 19. Distribución quistes en LAM.

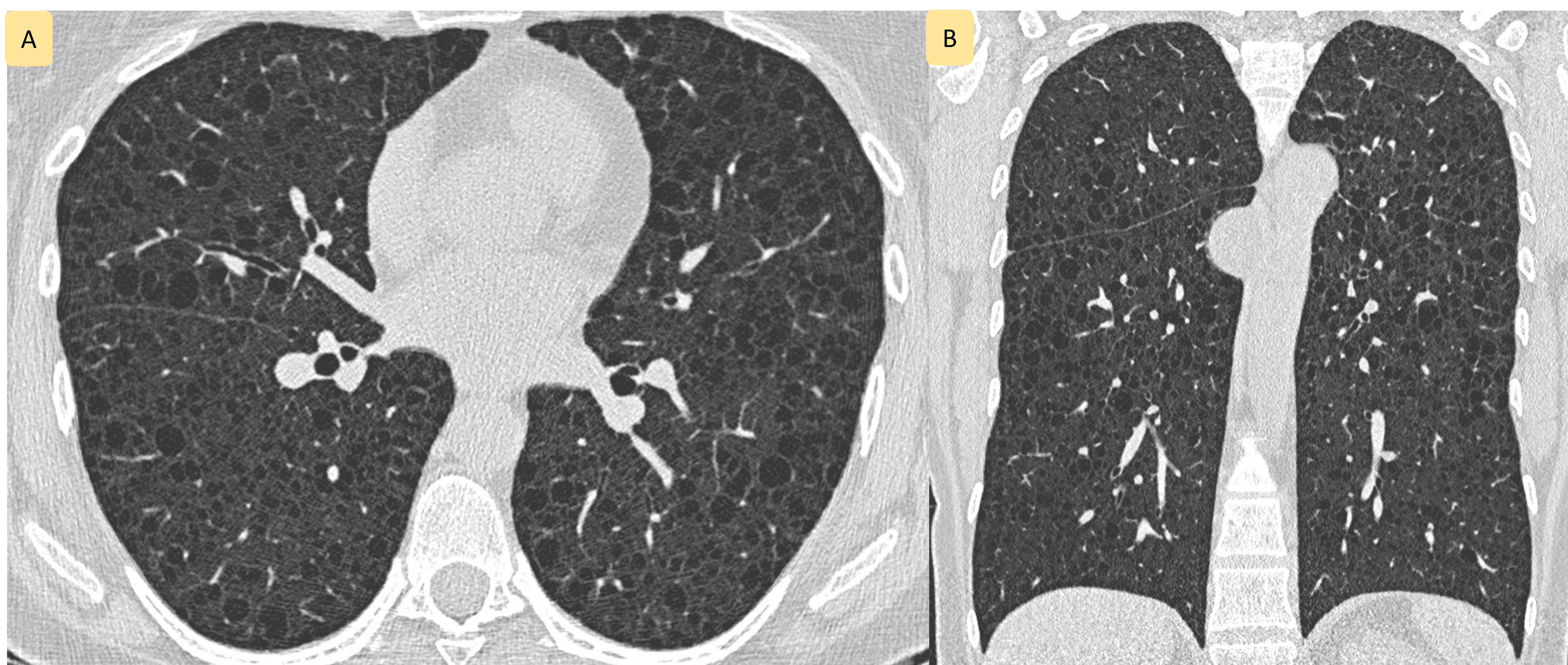
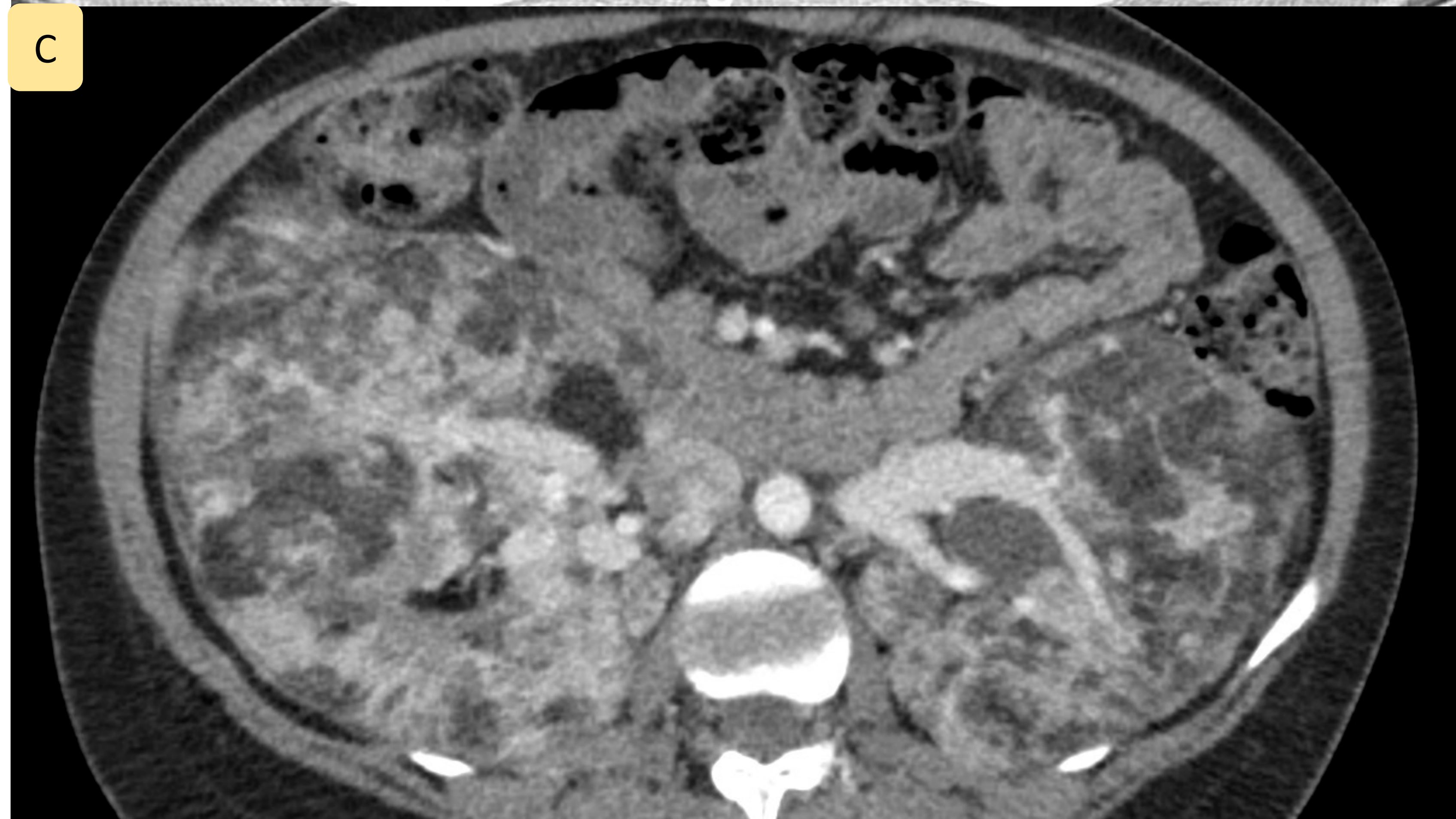


Fig 20. Mujer de 37 con linfangioleiomiomatosis.

(A) TC torácica que muestra múltiples quistes pulmonares bilaterales de morfología redondeada y pared fina, distribuidos uniformemente por todo el parénquima. (B) Plano coronal que evidencia la distribución difusa de los quistes, sin claro predominio lobar. Existe afectación de región subpleural y de senos costofrénicos.

(C) TC abdominal en el que destaca aumento del tamaño de ambos riñones a expensas de múltiples lesiones de contenido predominantemente graso, compatibles con angiomiolipomas.



Enfermedades con quistes múltiples SIN otros hallazgos radiológicos pulmonares asociados.

SD BIRT- HOGG- DUBÉ (rara)

Desorden genético multisistémico. Mutación en gen de la foliculina (FLCN), herencia AD.

MANIFESTACIONES PULMONARES

- QUISTES (80% casos) de morfología **elongada**. A veces septados.
- Distribución **SUBPLEURAL**.
Incluyendo región paramediastínica y pericisural.
- Predominio en lóbulos INFERIORES.

MANIFESTACIONES EXTRApulmonares

- Lesiones CUTÁNEAS (80% casos): fibrofolliculomas.
- ↑R tumores RENALES (oncocitomas, carc cél cromófobas).

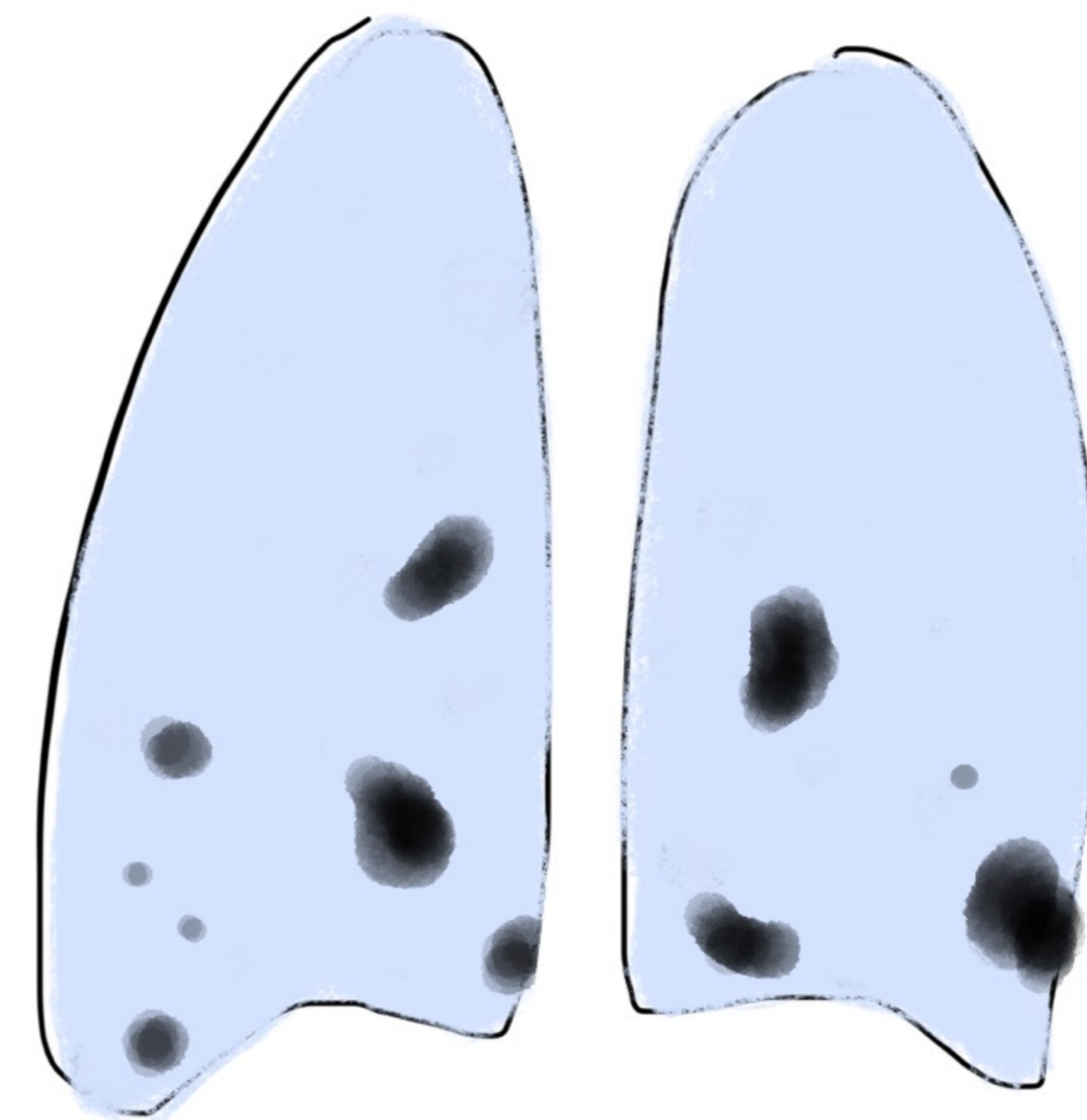


Fig 21. Distribución quistes en Sd. BHD.

Fig 22. Quiste característico en el Sd. BHD: de morfología elíptica y en región paramediastínica.

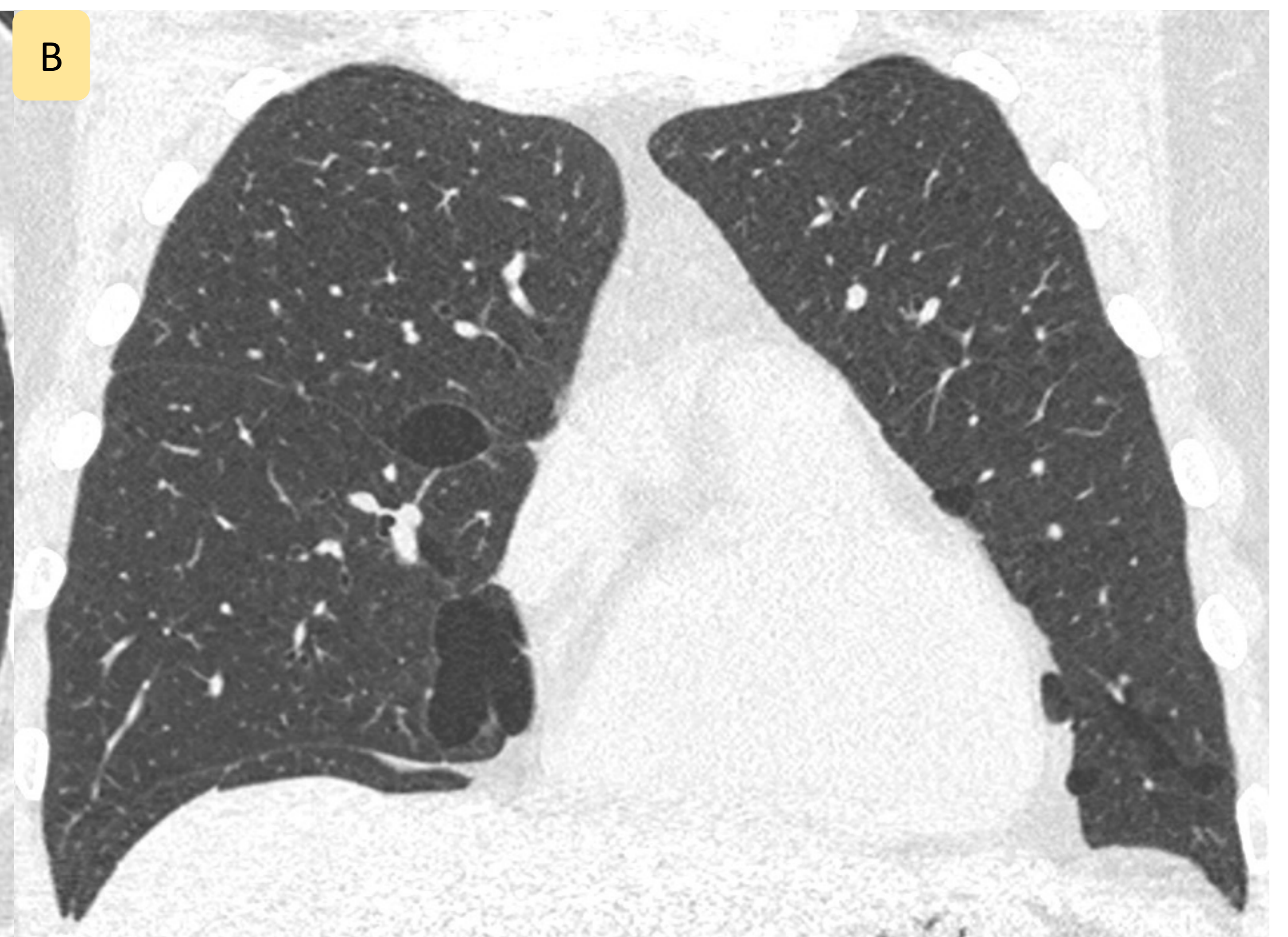
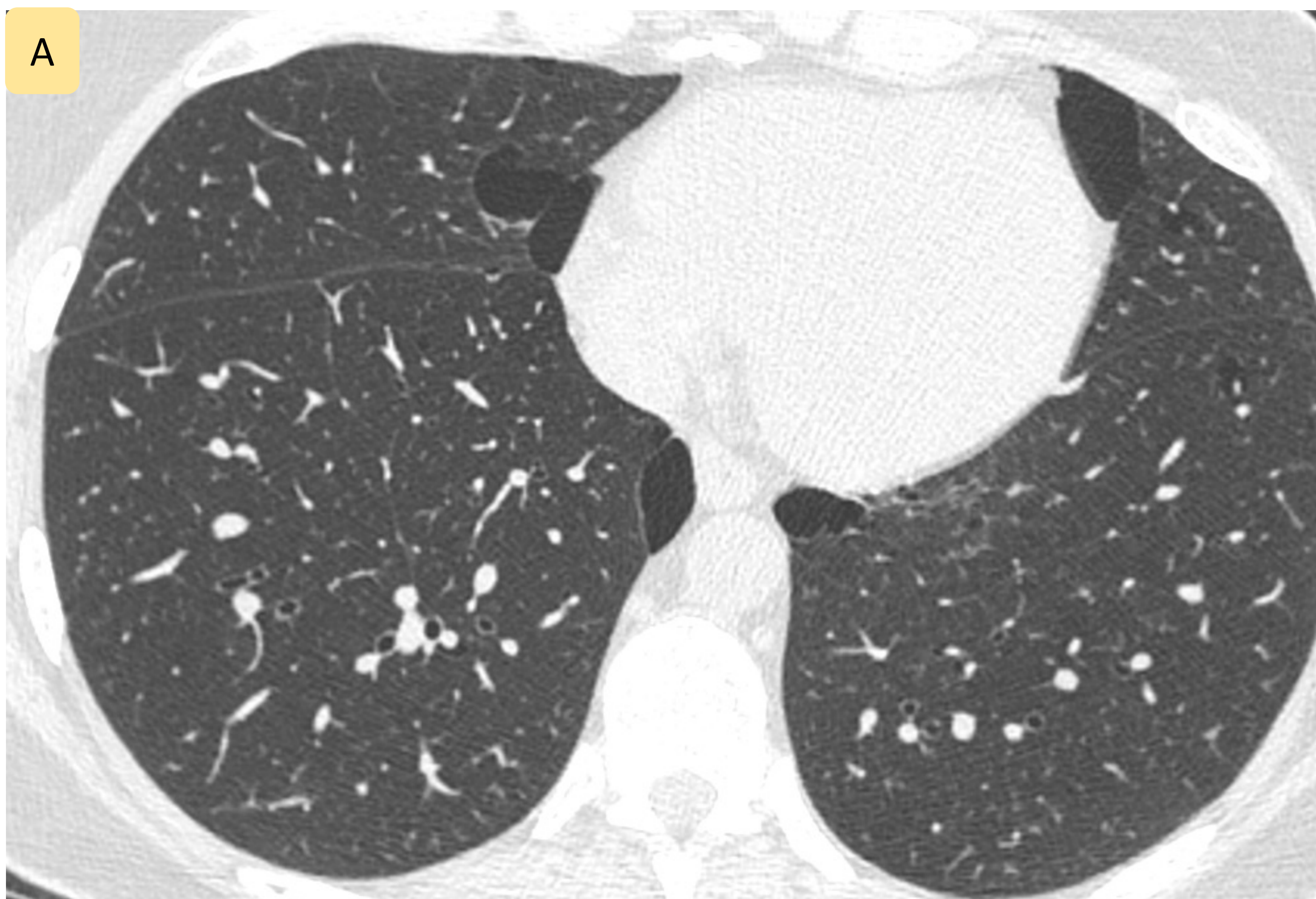


Fig 23. Hombre de 33 años con historia familiar de neumotórax de repetición.

(A, B) TC torácica que muestra quistes de distintas morfologías y tamaños en ambos pulmones, de morfología elongada, de distribución subpleural y paracisural. Afecta lóbulos inferiores, medio y llingula. El estudio genético confirmó síndrome de Birt-Hogg-Dubé.

(C) TC abdominal del mismo paciente donde se observa lesión nodular sólida hipercaptante en valva anterior del riñón izquierdo (flecha), sospechosa de tumor renal dada la patología de base.

Enfermedades con quistes múltiples con presencia de *nódulos pulmonares*.

HISTIOCITOSIS CÉL LANGERHANS

Enfermedad caracterizada por la proliferación peribronquial de células de Langerhans y células inflamatorias, formando granulomas. Afecta principalmente a **hombres jóvenes fumadores**.

ESTADIO INICIAL:

- NÓDULOS centrolobulillares mal definidos. Pueden ser **cavitados** → evolución a quistes.

ESTADIO TARDÍO (+F):

- QUISTES de morfología **irregular**, con paredes de grosor variable. Pueden confluir y adquirir morfología extraña:

bilobares, ramificadas, hoja de trébol, septos internos.

Predominio en lóbulos SUP- MEDIOS.

RESPETO senos costofrénicos.



Fig 24. Distribución quistes en histiocitosis. Coexisten nódulos centrolobulillares, algunos de ellos cavitados, con quistes de morfología irregular, de predominio en lóbulos superiores.

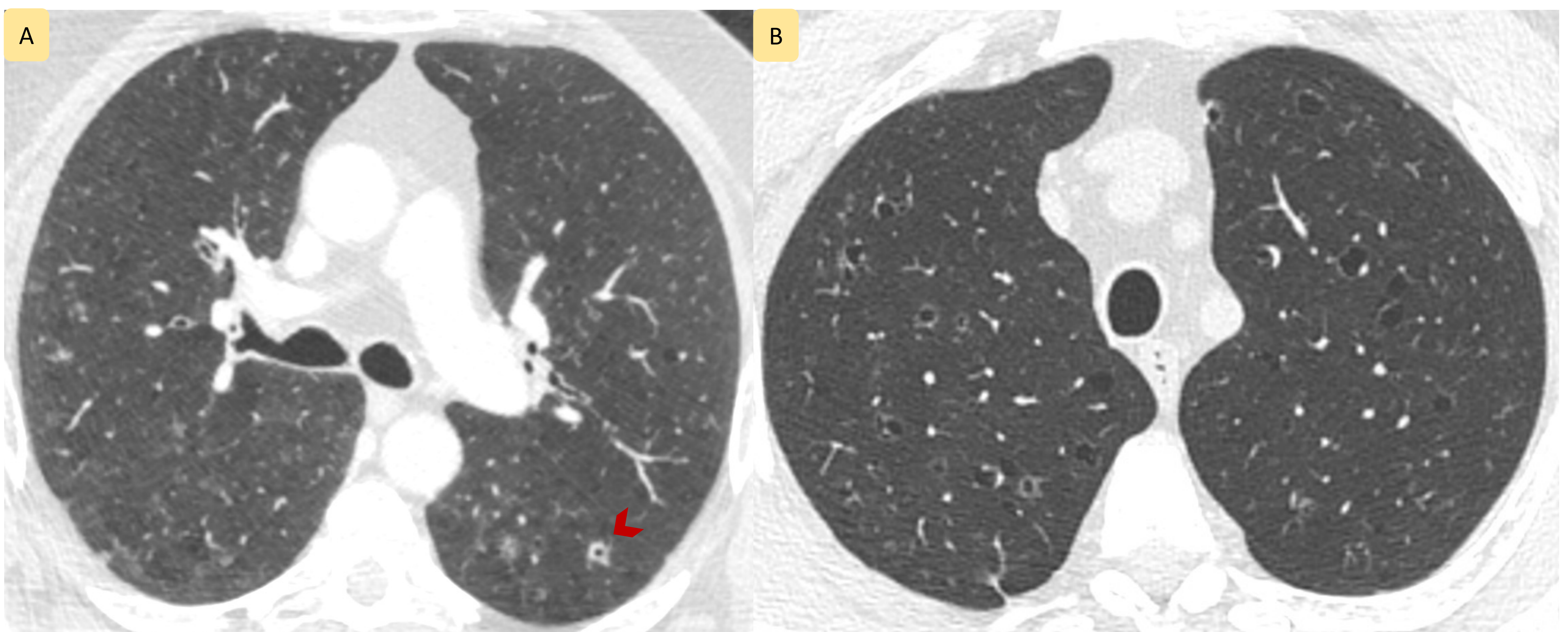


Fig 25. Hombre fumador de 27 años, con histiocitosis de células de Langerhans.

(A) TC torácica del 2017 con presencia de pequeños nódulos centrolobulillares mal definidos, algunos de ellos cavitados (flecha), de predominio en lóbulos superiores. (B) TC torácica del mismo paciente en 2023, en el que destaca la presencia de múltiples quistes de pared fina, de morfología irregular y paredes de grosor variable, de predominio en lóbulos superiores.

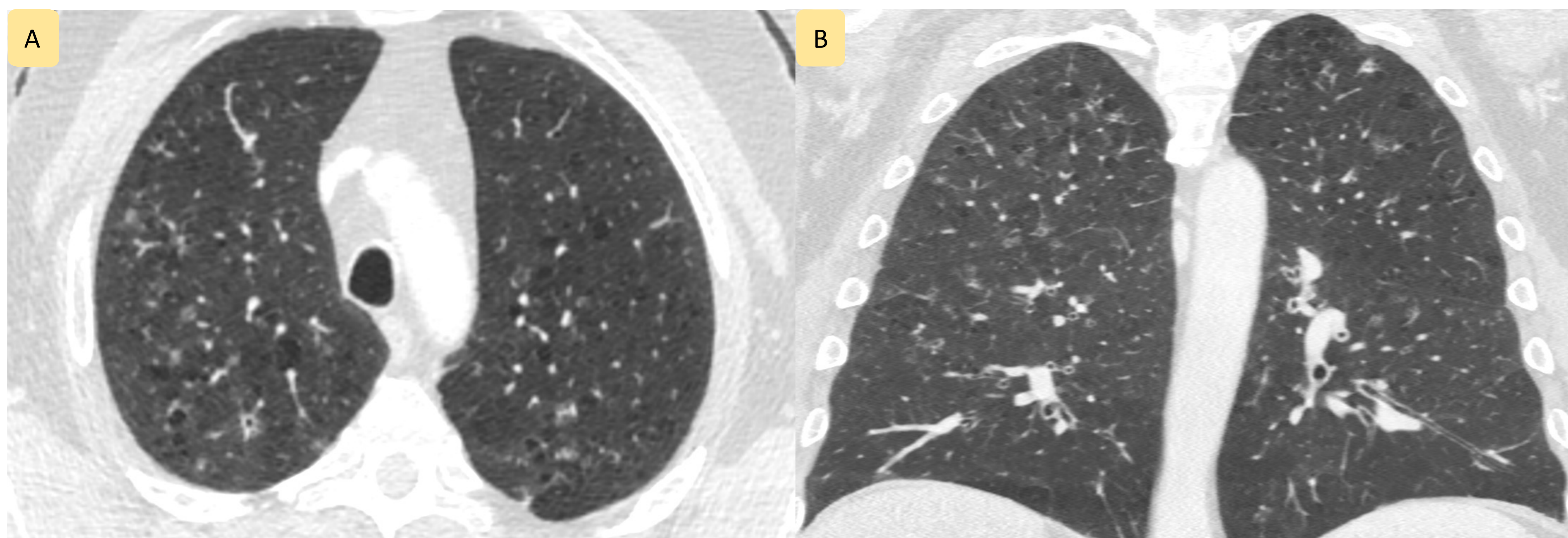


Fig 26. Paciente con histiocitosis en estadio inicial. (A) Presencia de múltiples pequeños nódulos centrolobulillares en vidrio esmerilado, varios de ellos cavitados, junto con quistes de morfología irregular y paredes finas. Moderado enfisema centrolobulillar. (B) Plano coronal en el que se observa predominio de lóbulos superiores, con respeto de senos costofrénicos.

La patología empieza con pequeños nódulos centrolobulillares que con el tiempo progresan y se cavitan. Al final, estos progresarán a quistes con morfología extraña, que terminarán reemplazando el parénquima pulmonar normal.

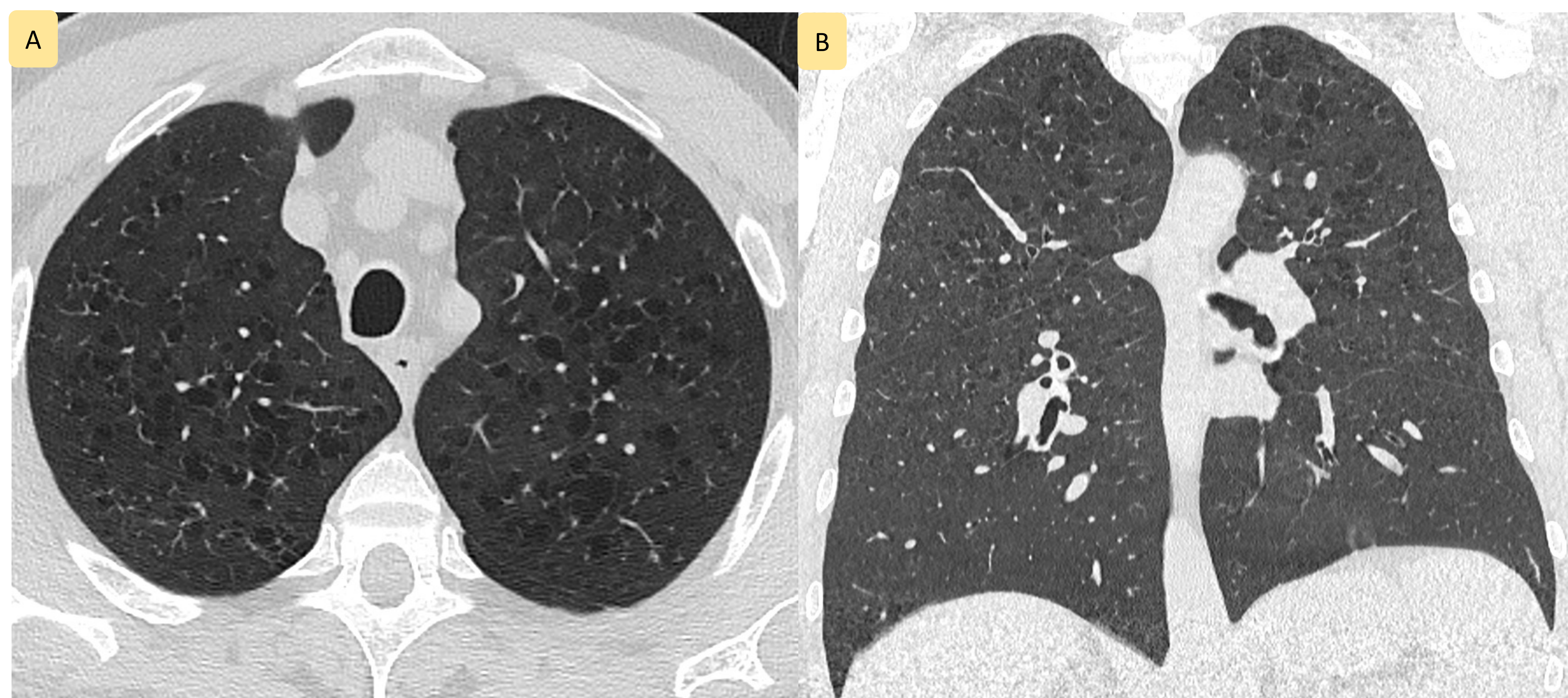
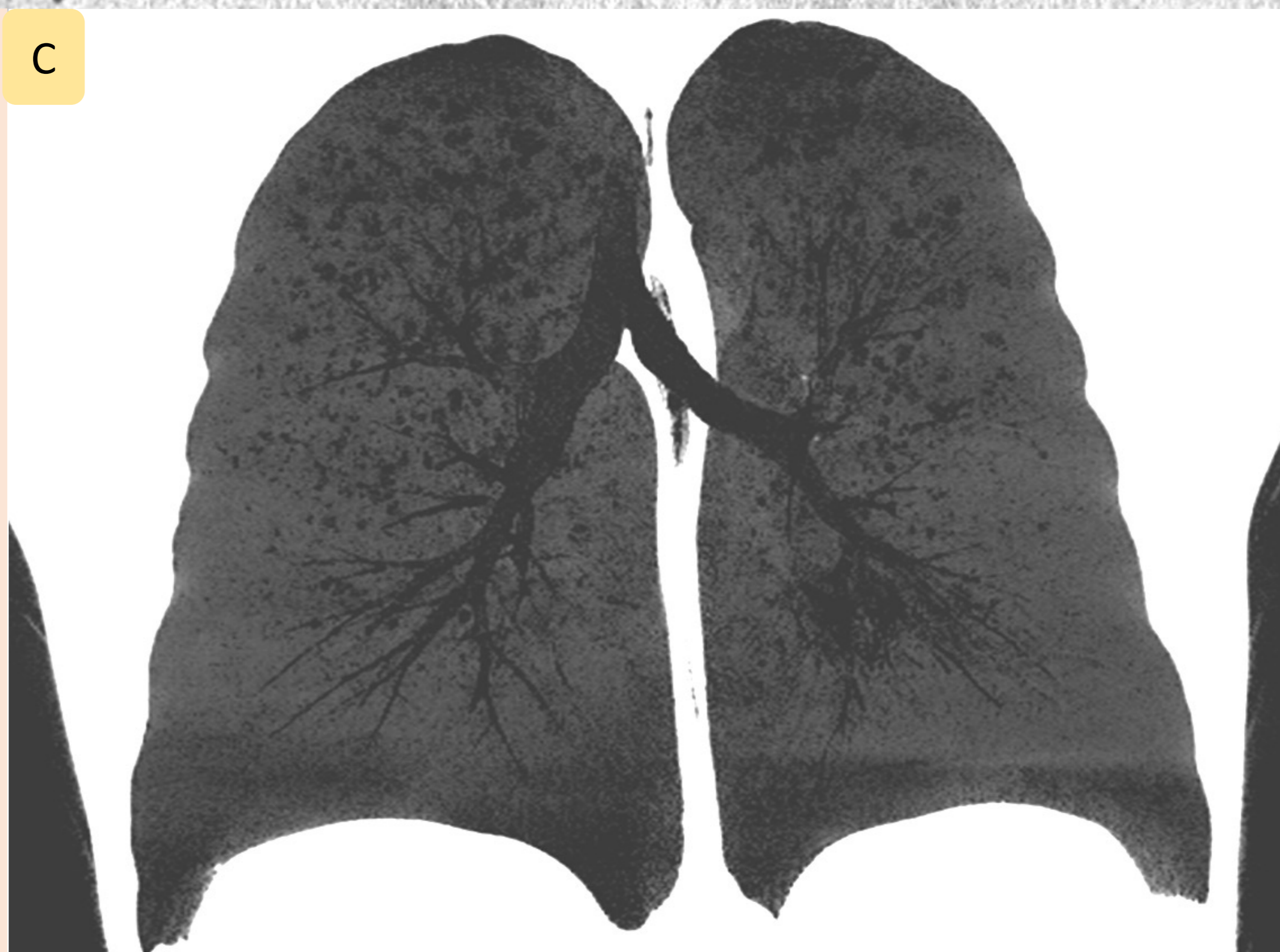


Fig 27. Paciente con histiocitosis en estadio tardío.

(A) Plano axial dónde se observa la presencia de múltiples lesiones quísticas de morfología irregular y paredes de grosor variable. (B, C) Plano coronal en el que se evidencia un claro predominio de lóbulos superiores, con respeto de senos costofrénicos. La reconstrucción minIP ayuda a identificar los quistes y a valorar su distribución.

➤ **El respeto de los senos costofrénicos** nos permite diferenciar entre la histiocitosis en estadio tardío y la linfangioleiomiomatosis. En esta segunda patología los quistes se distribuyen de manera difusa por todo el parénquima, sin predominio lobar y afectando los senos costofrénicos.

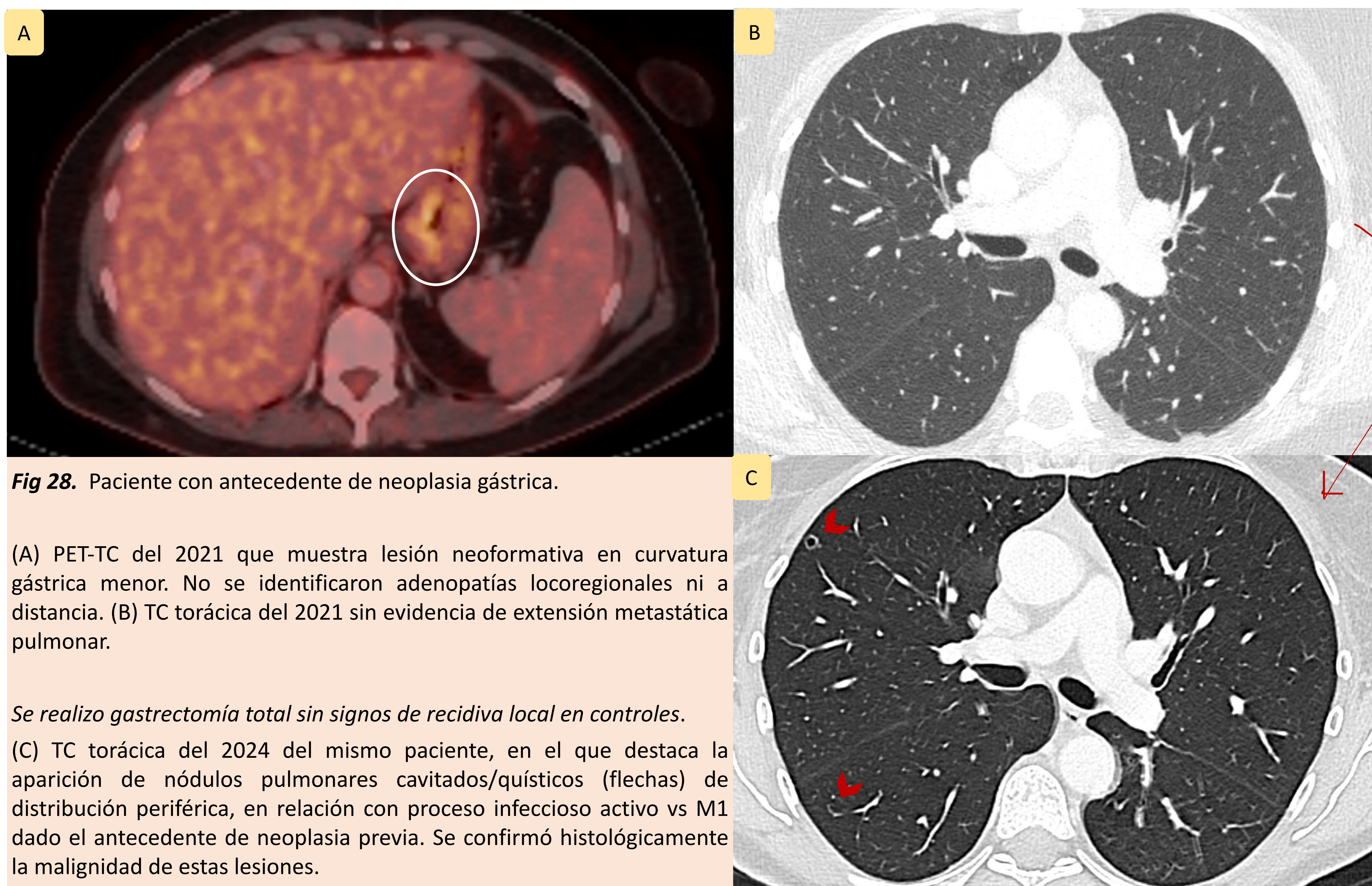


Enfermedades con quistes múltiples con presencia de *nódulos pulmonares*.

METÁSTASIS QUIÍSTICAS

Pacientes con historia clínica de **neoplasia previa** (*carcinoma de células escamosas, ADK o sarcoma*).

- Quistes de distintos tamaños y predominio BASAL.
- Pueden tener nivel hidroaéreo, si presentan contenido hemorrágico .



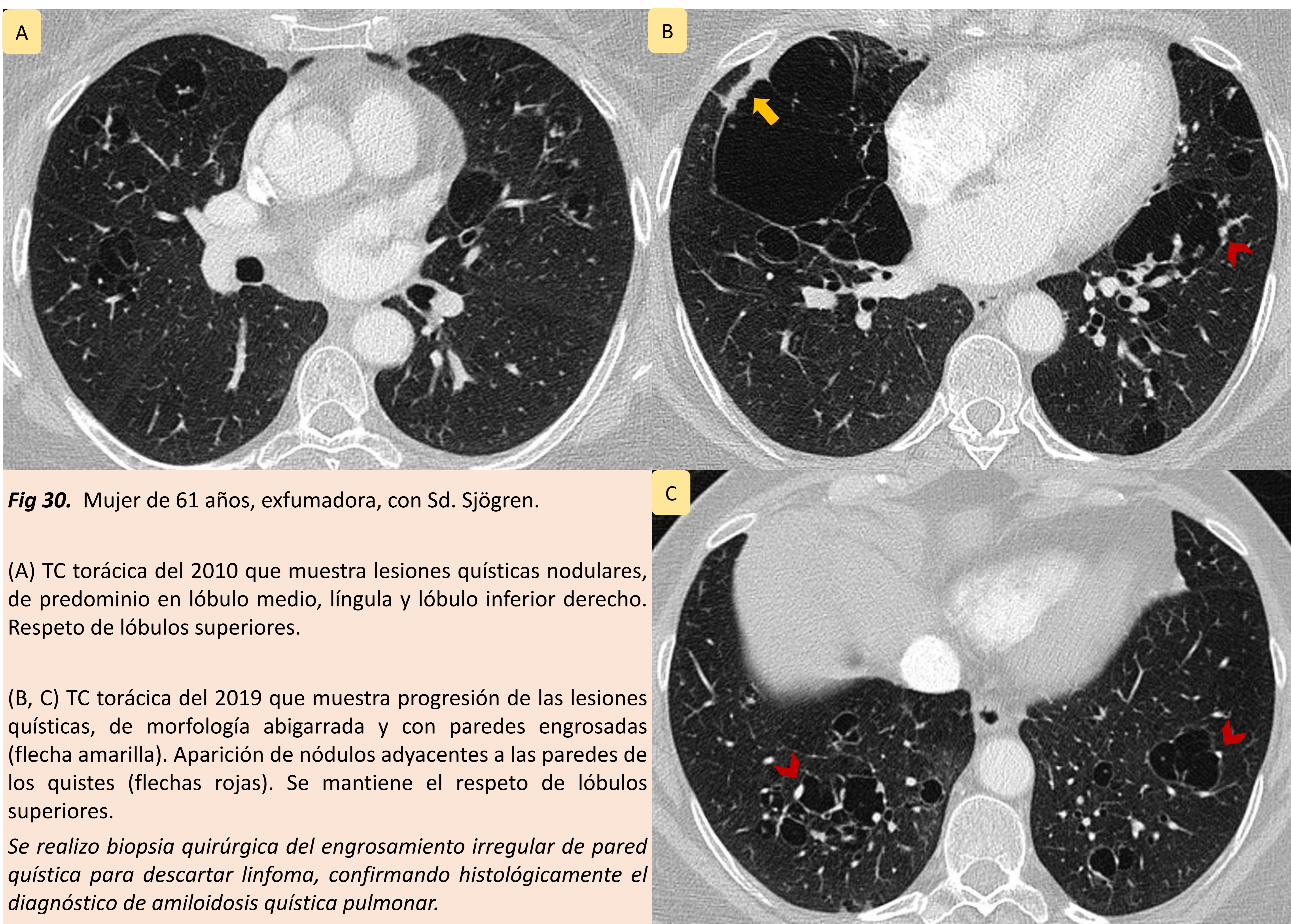
*Enfermedades con quistes múltiples con presencia de **nódulos pulmonares**.*

AMILOIDOSIS QUÍSTICA PULMONAR (rara)

Enfermedad caracterizada por el depósito extracelular de proteínas fibrilares insolubles (amiloide), típicamente peribroncovascular. Normalmente en pacientes con síndrome de Sjögren o con linfoma de tejido linfoide asociado a mucosas (MALT).

- QUISTES (<10) redondos, de distribución peribroncovasculares o subpleurales.
- NÓDULOS adyacentes a quistes (normalmente **calcificados**).
- Otros hallazgos: *engrosamiento septal interlobulillar, panal, opacidades en vidrio deslustrado, engrosamiento circunferencial de la pared traqueal y adenopatías.*

Predominio en lóbulos **INFERIORES**.



Enfermedades con presencia de **vidrio deslustrado**.

NEUMONÍA INTERSTICIAL LINFOIDEA (rara)

Trastorno linfoproliferativo benigno, caracterizado por la infiltración intersticial y alveolar difusa por linfocitos y células plasmáticas.

Afecta principalmente pacientes con **enfermedades autoinmunes o del tejido conectivo (Sd Sjögren)** o **inmunodeficiencia**.

- QUISTES (↓ *número*) peribroncovasculares o subpleurales.
- OPACIDADES / NÓDULOS EN VIDRIO DESLUSTRADO.
- Predominio en lóbulos **MED – INFERIORES**.

Pueden coexistir con nódulos, nódulos morfología “árbol en brote”, linfoma o depósitos de amiloide.
+/- engrosamiento broncovascular/ intersticial y adenopatías.

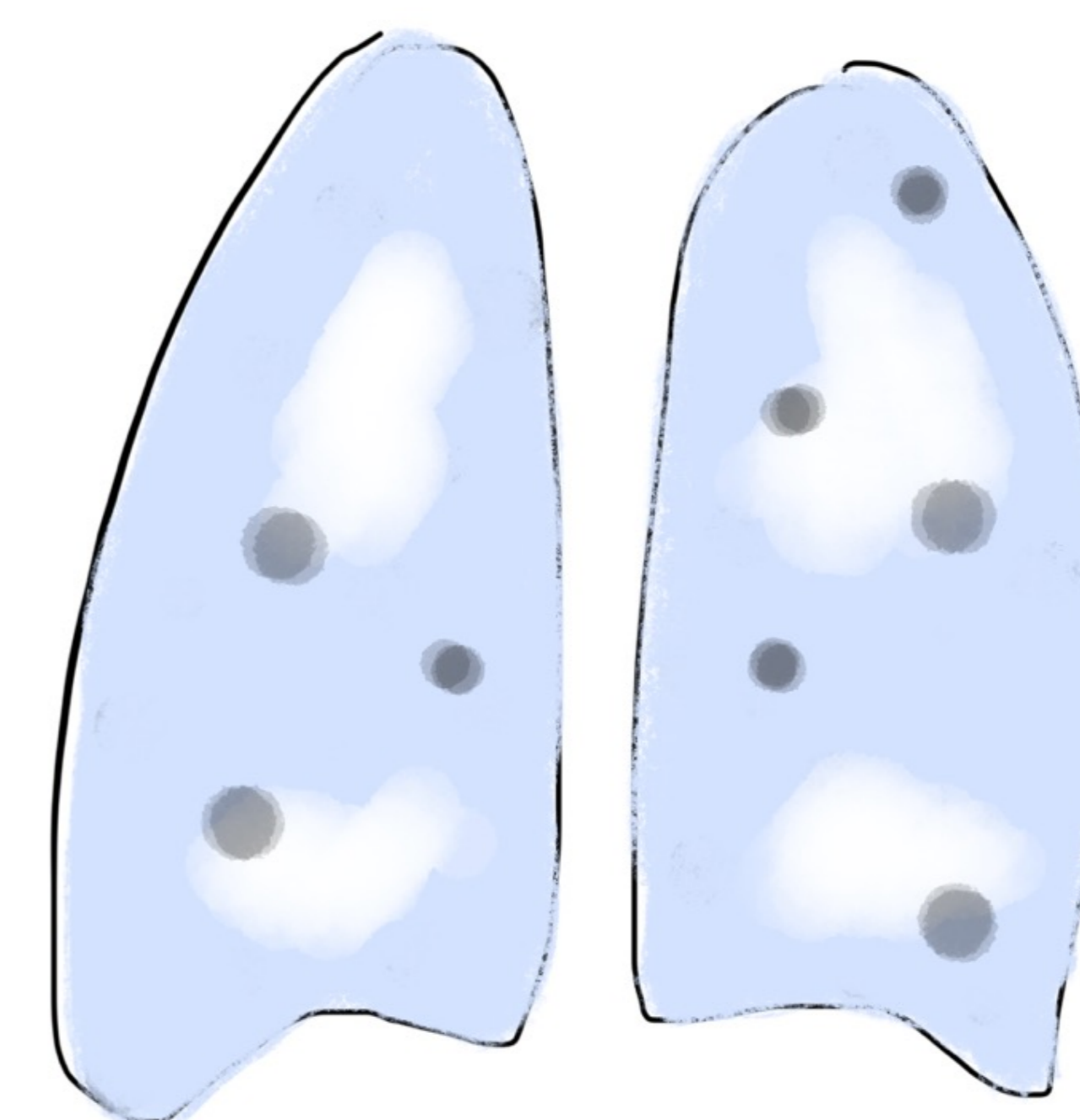


Fig 31. Distribución en LIP.

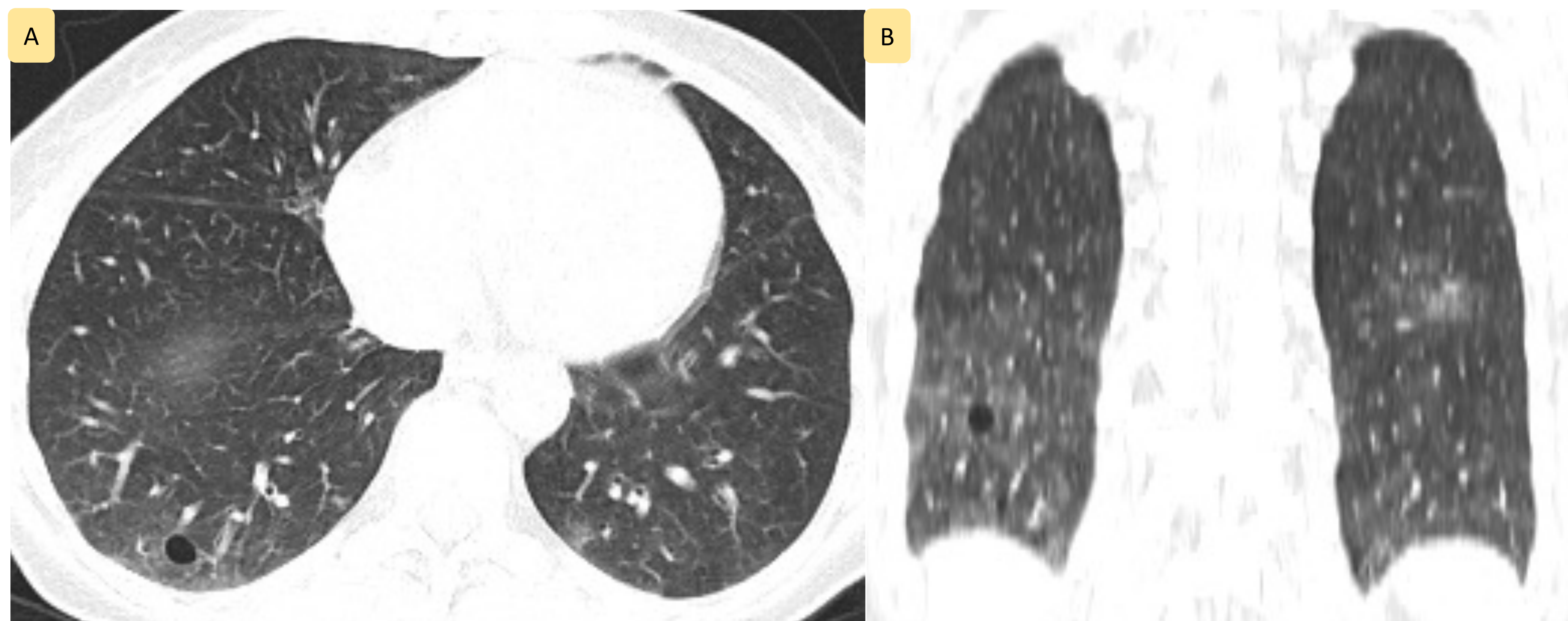


Fig 32. Mujer de 50 años con Sd. Sjögren.

(A) TC torácica que muestra pequeñas opacidades en vidrio deslustrado y presencia de algún quiste de paredes finas de distribución peribroncovascular. (B) Plano coronal donde se visualiza la afectación de lóbulos medios e inferiores.

Enfermedades con presencia de **vidrio deslustrado**.

NEUMONÍA x *Pneumocystis jirovecii*

Neumonía aguda en pacientes con inmunodepresión severa, siendo la infección oportunista + común en Sd inmunodeficiencia adquirida.

- OPACIDADES bilaterales y multifocales en vidrio deslustrado.
- NEUMATOCELES de tamaño, morfología y grosor de pared variable. *Suelen aparecer pasadas múltiples infecciones, en el 30% de los casos.*

Predominio en lóbulos SUPERIORES, de distribución CENTRAL.

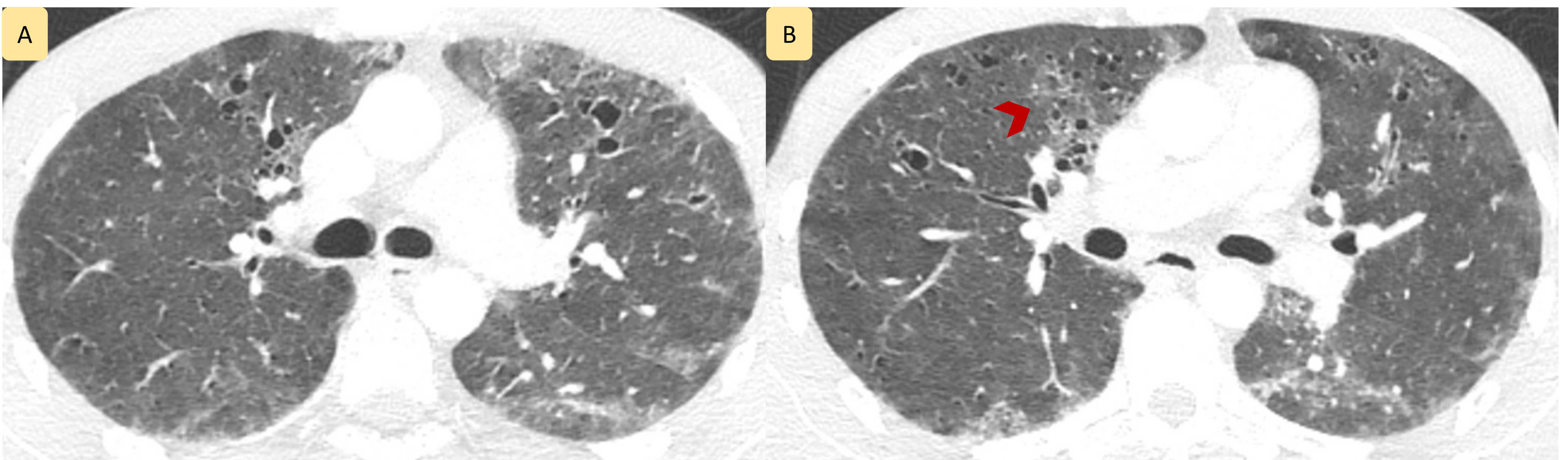


Fig 33. Paciente inmunodeprimido. (A, B) Opacidades en vidrio deslustrado de distribución difusa asociadas a la presencia de neumatoceles residuales de paredes engrosadas y de distintos tamaños, algunos de ellos con tendencia a la coalescencia (flecha). Hallazgos compatibles con infección por *Pneumocystis jirovecii* en el contexto clínico del paciente.

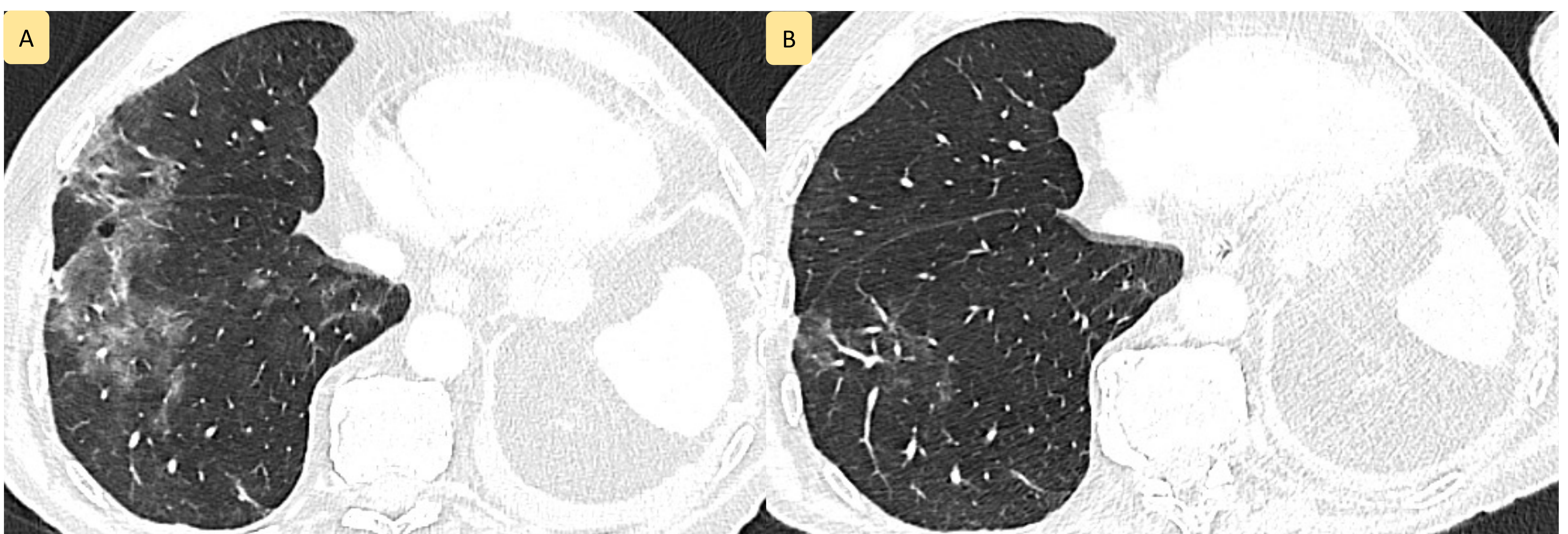


Fig 34. Paciente inmunosuprimido con neumonía aguda. (A) TC torácica que muestra aparición de opacidades multifocales en vidrio deslustrado asociadas a la presencia de algún quiste de pared fina, de predominio en lóbulos inferiores. (B) TC torácica a los 15 días del mismo paciente, en la que se observa práctica resolución de afectación parenquimatosa pulmonar, con persistencia de alguna área tenue en vidrio deslustrado y sin evidencia de lesiones quísticas. Se confirmó neumonía por *Pneumocystis jirovecii*.

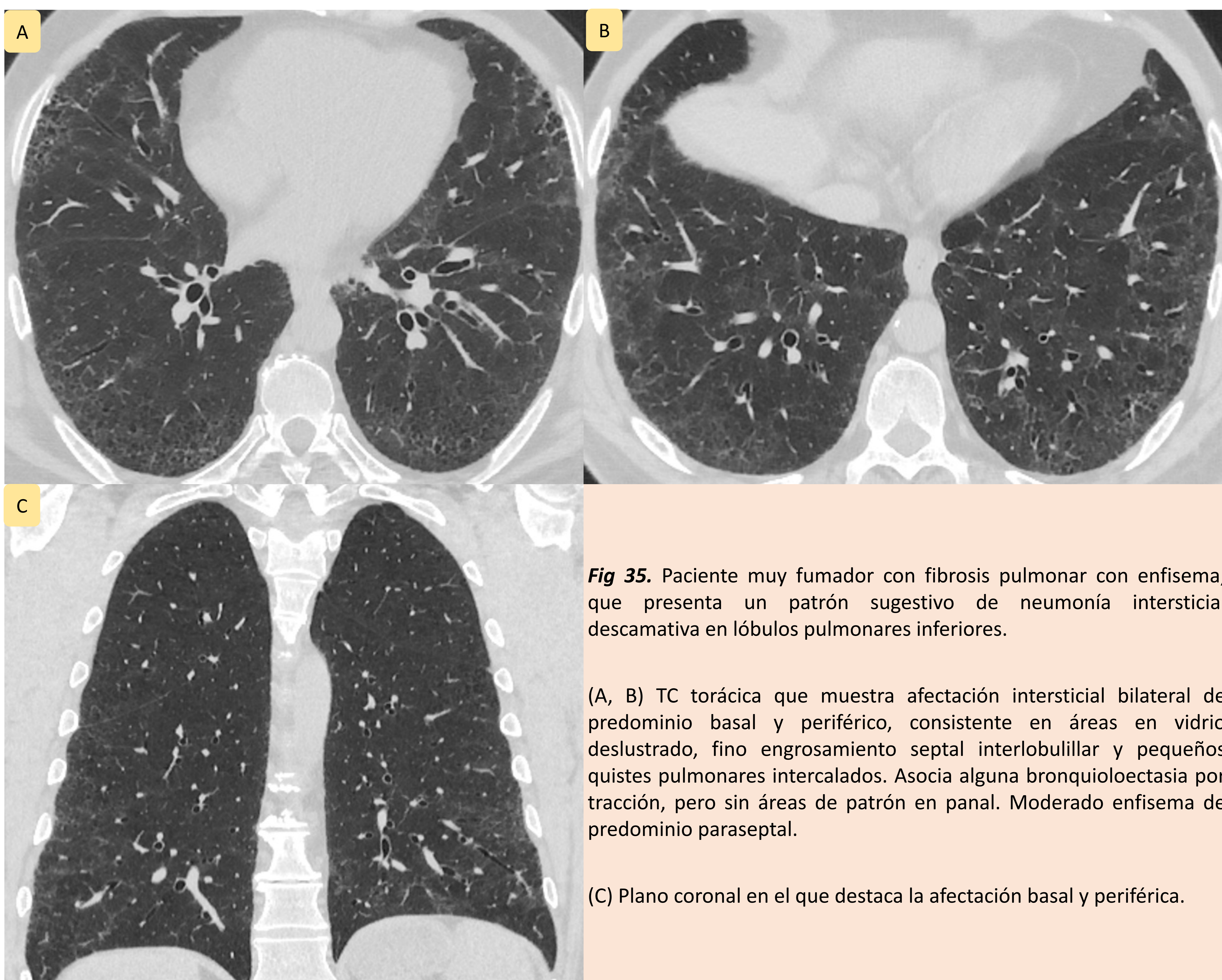
Enfermedades con presencia de **vidrio deslustrado**.

NEUMONÍA INTERSTICIAL DESCAMATIVA

Afecta pacientes con historia tabáquica importante.

- OPACIDADES parcheadas en vidrio deslustrado + pequeños QUISTES intercalados.
- Asocia **cambios fibróticos pulmonares**.

Predominio en lóbulos INFERIORES, de distribución PERIFÉRICA.



CONCLUSIONES

- Patologías como el enfisema, las bronquiectasias quísticas y las lesiones cavitadas pueden **mimetizar** lesiones quísticas aéreas pulmonares.
- Las reconstrucciones minIP son útiles para identificar las lesiones de baja atenuación, diferenciar las bronquiectasias de los quistes y para valorar la distribución de las lesiones quísticas en las distintas enfermedades.
- Los quistes pulmonares son **hallazgos frecuentes** en la TC y no siempre traducen patología subyacente.
- La TC nos ayuda a detectar las lesiones quísticas y a estrechar el diagnóstico diferencial de la enfermedad quística pulmonar, basándonos principalmente en la distribución de los quistes y la presencia de hallazgos adicionales pulmonares o extrapulmonares.
- El diagnóstico definitivo dependerá de la **correlación clínica + hallazgos radiológicos** y, a veces, puede requerir de biopsia pulmonar.

BIBLIOGRAFIA

- *Bankier, A.A. et al. (2024) Fleischner Society: Glossary of terms for Thoracic Imagin. Radiology, 310(2). doi:10.1148/radiol.232558.*
- *Hansell DM, Bankier AA, MacMahon H, McLoud TC, Müller NL, Remy J. Fleischner Society: glossary of terms for thoracic imaging. Radiology. 2008 Mar;246(3):697-722. doi: 10.1148/radiol.2462070712. Epub 2008 Jan 14.*
- *Lee, K.-C. et al. (2019) 'A stepwise diagnostic approach to cystic lung diseases for Radiologists', Korean Journal of Radiology, 20(9), p. 1368. doi:10.3348/kjr.2019.0057.*
- *Ferreira Francisco, F.A. et al. (2015) 'Multiple cystic lung disease', European Respiratory Review, 24(138), pp. 552–564. doi:10.1183/16000617.0046-2015.*
- *Beddy, P., Babar, J. and Devaraj, A. (2010) 'A practical approach to cystic lung disease on HRCT', Insights into Imaging, 2(1), pp. 1–7. doi:10.1007/s13244-010-0050-7.*
- *Raouf, Suhail et al. (2016) 'Cystic lung diseases', Chest, 150(4), pp. 945–965. doi:10.1016/j.chest.2016.04.026.*