

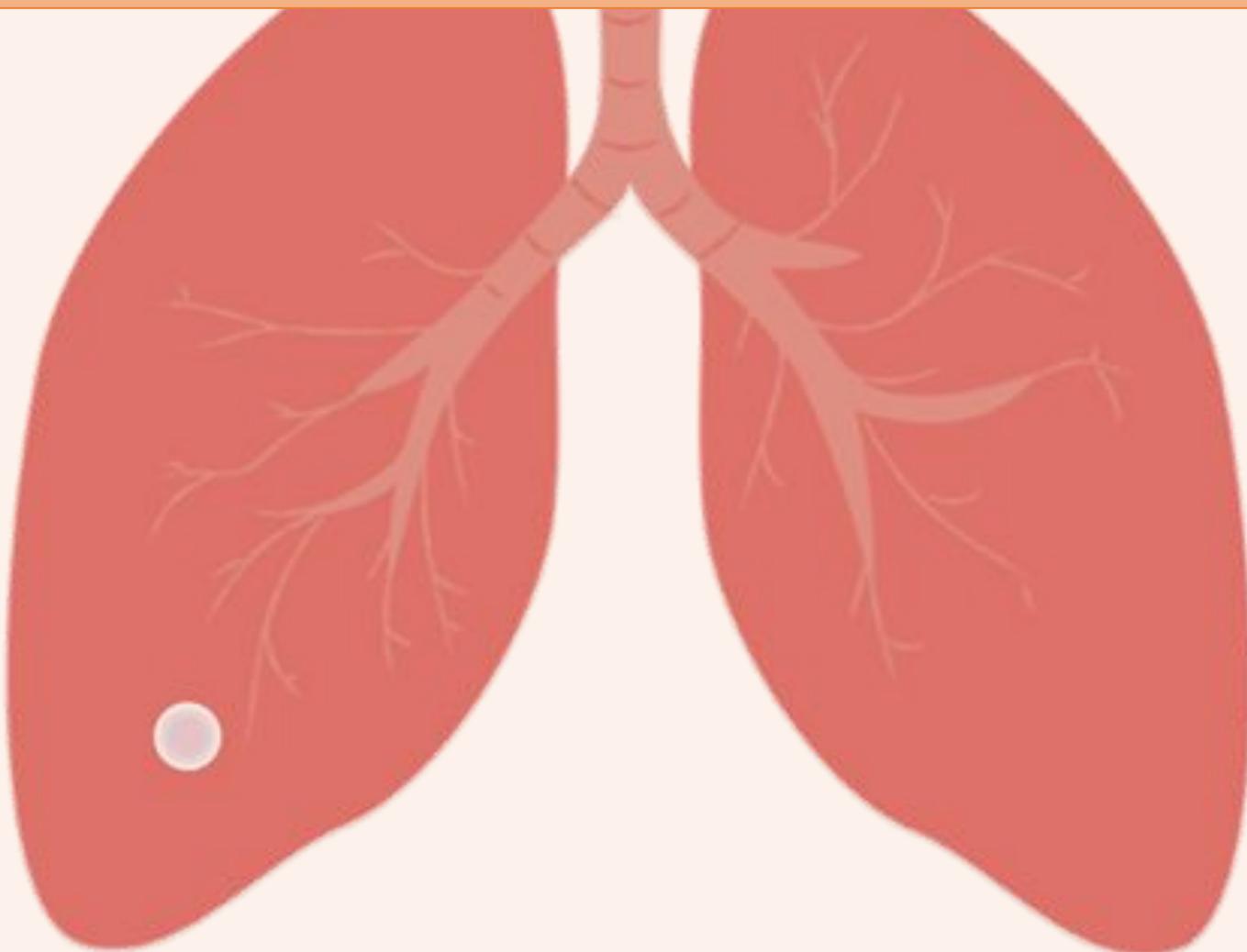
Enfermedades pulmonares quísticas: el diagnóstico diferencial que todo radiólogo debe conocer

Andrea Calero Ortega¹, María Montaña Merideño
García¹, Manuel Sebastian Paez Alvarez¹, Esnelly
Francismaría Berrios¹, Jaime Lopez Martinez¹, Javier
Tejedor Tequero¹, Elisabetta Ponte Santino¹, Ana María
Hernández García Calvo¹, Pablo Garcés marín¹

¹Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo.

1 Objetivos docentes:

- Revisar el uso de un **algoritmo diagnóstico** por pasos para llegar a un **diagnóstico correcto entre las diferentes enfermedades quísticas pulmonares.**
- Revisar e ilustrar las **características radiológicas típicas** en TC de alta resolución de cada una de las enfermedades quísticas pulmonares.



2 Revisión de tema:

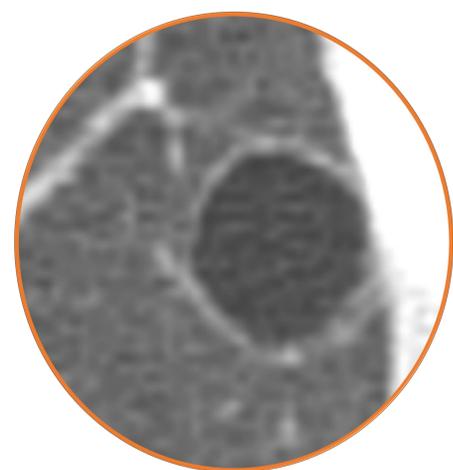
INTRODUCCIÓN

Según la definición del glosario de términos de la *Sociedad Fleischner*:

QUISTE PULMONAR

Lucencia parenquimatosa **redondeada** o zona de **baja atenuación** con **interfaz bien definida** con el pulmón normal adyacente.

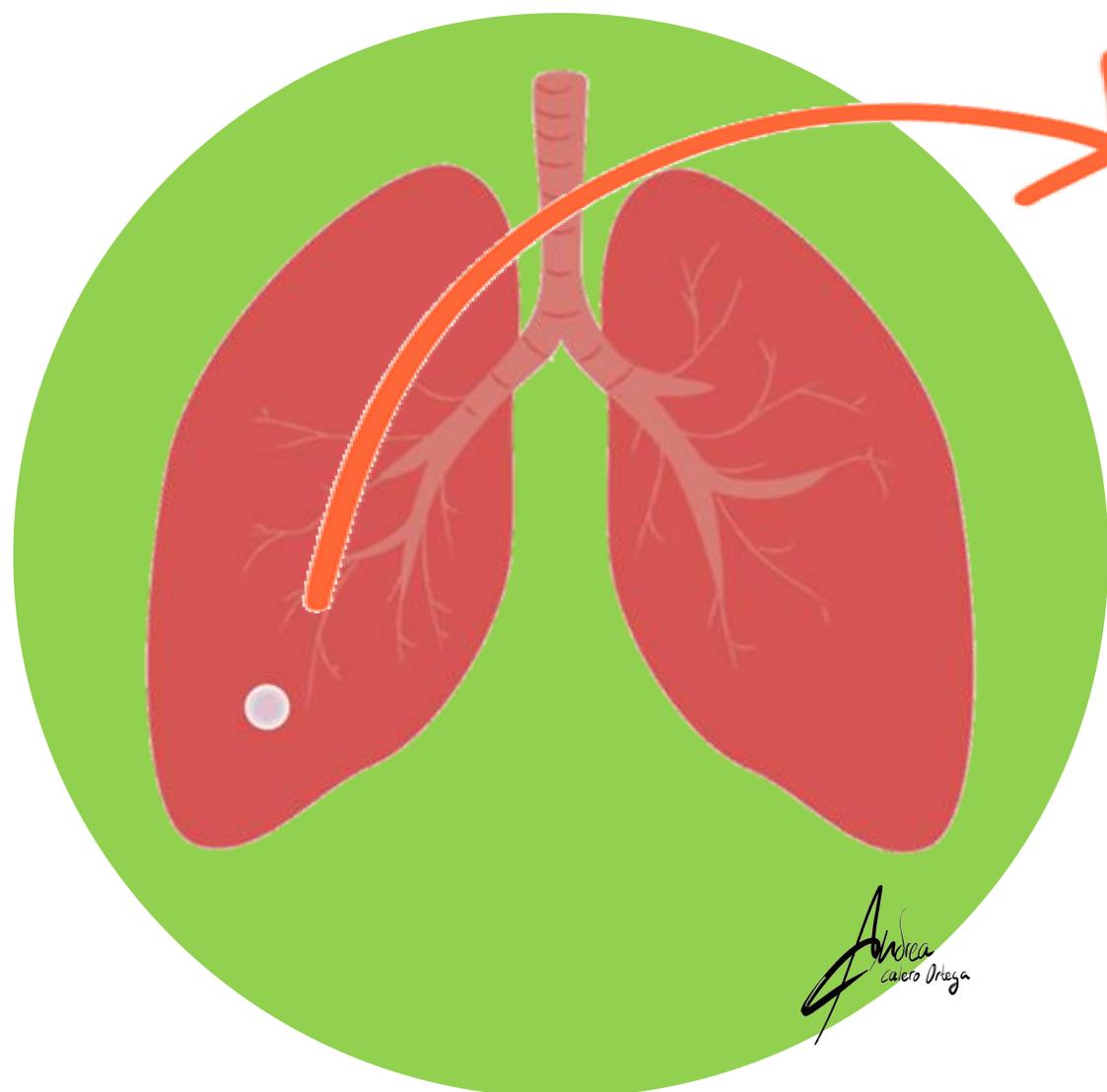
Son estructuras característicamente de **paredes finas** de menos de 3 mm de tamaño, que suelen contener aire, pero también líquido o material sólido.



- ✓ Pared fina y bien delimitada (<2 mm).
- ✓ Interfaz entre el quiste y el pulmón normal bien definida.
- ✓ No asocia enfisema pulmonar.



VERDADERO QUISTE PULMONAR



Es frecuente identificar en las tomografías computarizadas torácicas (TC) de rutina imágenes de “apariencia quística”, no obstante, debemos ser conscientes de que existen diversas entidades que no son realmente quistes (“*cyst-like lesion*”) y aun siendo quistes reales, debemos llegar a identificar algunas características y patrones radiológicos típicos para no pasar por alto ninguna de **las enfermedades pulmonares asociadas a quistes**.

Por tanto, para la evaluación radiológica de las enfermedades pulmonares quísticas, **es muy importante saber diferenciar los verdaderos quistes pulmonares de** otras lesiones del espacio aéreo (**lesiones similares a quistes o “*cyst-like lesions*”**), con el fin de lograr un diagnóstico preciso.

LESIONES SIMILARES A QUISTES O “CYST-LIKE LESIONS”

	CARACTERÍSTICAS RADIOLÓGICAS	HALLAZGOS ASOCIADOS
CAVIDAD	Pared gruesa irregular	Puede tener una consolidación, masa o nódulo en su interior
BULLA	Grande (>1 cm) Pared muy delgada, imperceptible	Se suele acompañar de enfisema centroacinar y paraseptal
NEUMATOCELE	Redondeado Pared fina Consolidación u opacidad densidad “vidrio deslustrado” adyacente	Transitorio (semanas a meses) tras una neumonía o traumatismo torácico
ENFISEMA CENTROACINAR	Redondeado, sin pared visible con signo “CENTRAL DOT SIGN”	Predominancia por lóbulos superiores Usualmente asociado a tabaco
PANAL DE ABEJA	Lesiones quísticas de pequeño tamaño (3-10 mm) en racimos y en configuración de 3 o más capas	Subpleural en lóbulos inferiores Patrón reticulación y bronquiectasias con signos de fibrosis pulmonar acompañantes
BRONQUIECTASIAS QUÍSTICAS	Tubular, aspecto ramificado	Suele asociar engrosamiento de las paredes bronquiales, opacidades centrilobulillares y atrapamiento aéreo

¿CÓMO DIFERENCIAMOS UN VERDADERO QUISTE PULMONAR?

El primer paso en el abordaje radiológico ante una lesión aérea quística es distinguir radiológicamente entre un verdadero quiste pulmonar y una lesión similar a un quiste en nuestro TC torácica.

Para ello debemos valorar los siguientes **parámetros**:

◀ **TAMAÑO**

◀ **NÚMERO**

◀ **LOCALIZACIÓN**

◀ **DISTRIBUCIÓN**

◀ **HALLAZGOS ASOCIADOS**

PASO 1: ¿Existen quistes pulmonares verdaderos?

Los **QUISTES ÚNICOS** deben distinguirse de una **cavidad, neumatocele o bullas**.

Los **QUISTES MÚLTIPLES** distribuidos de forma difusa deben distinguirse del **enfisema, patrón en panal de abeja o bronquiectasias quísticas**.

○ CAVIDAD

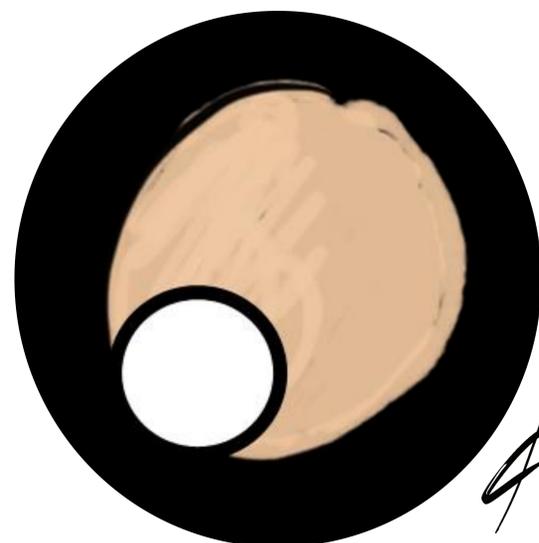
Una cavidad es una lucencia focal o área de baja atenuación **dentro de una consolidación pulmonar, nódulo o masa**, y con un **espesor de pared relativamente grueso e irregular**.



Cavidad en una **CONSOLIDACIÓN** pulmonar



Cavidad en una **MASA** pulmonar



Cavidad en un **NÓDULO** pulmonar

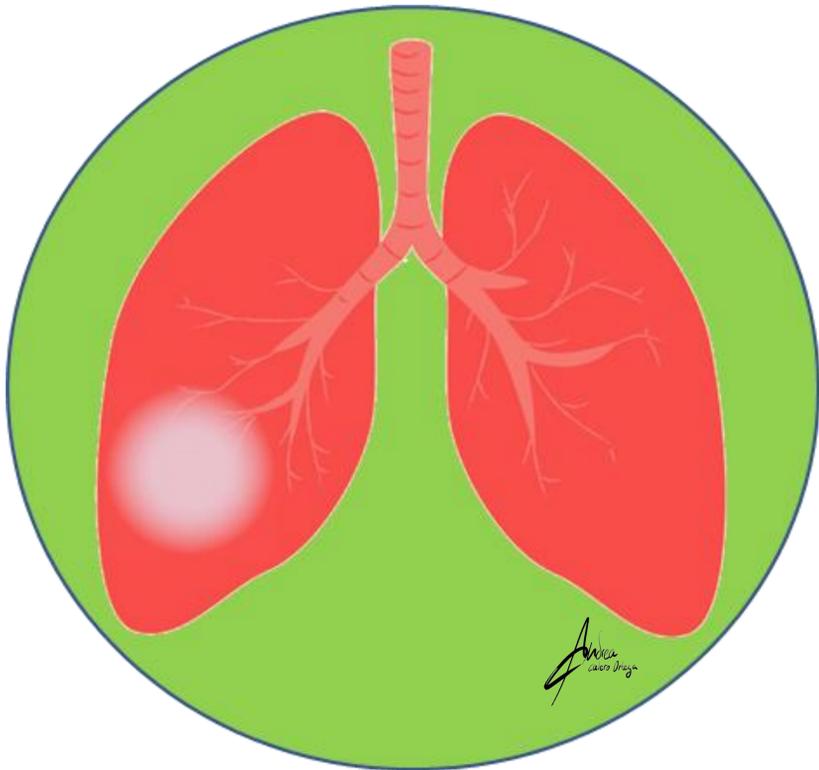
África Calero Ortega



Pared **engrosada** (> 2mm) e **irregular**

○ CAVIDAD

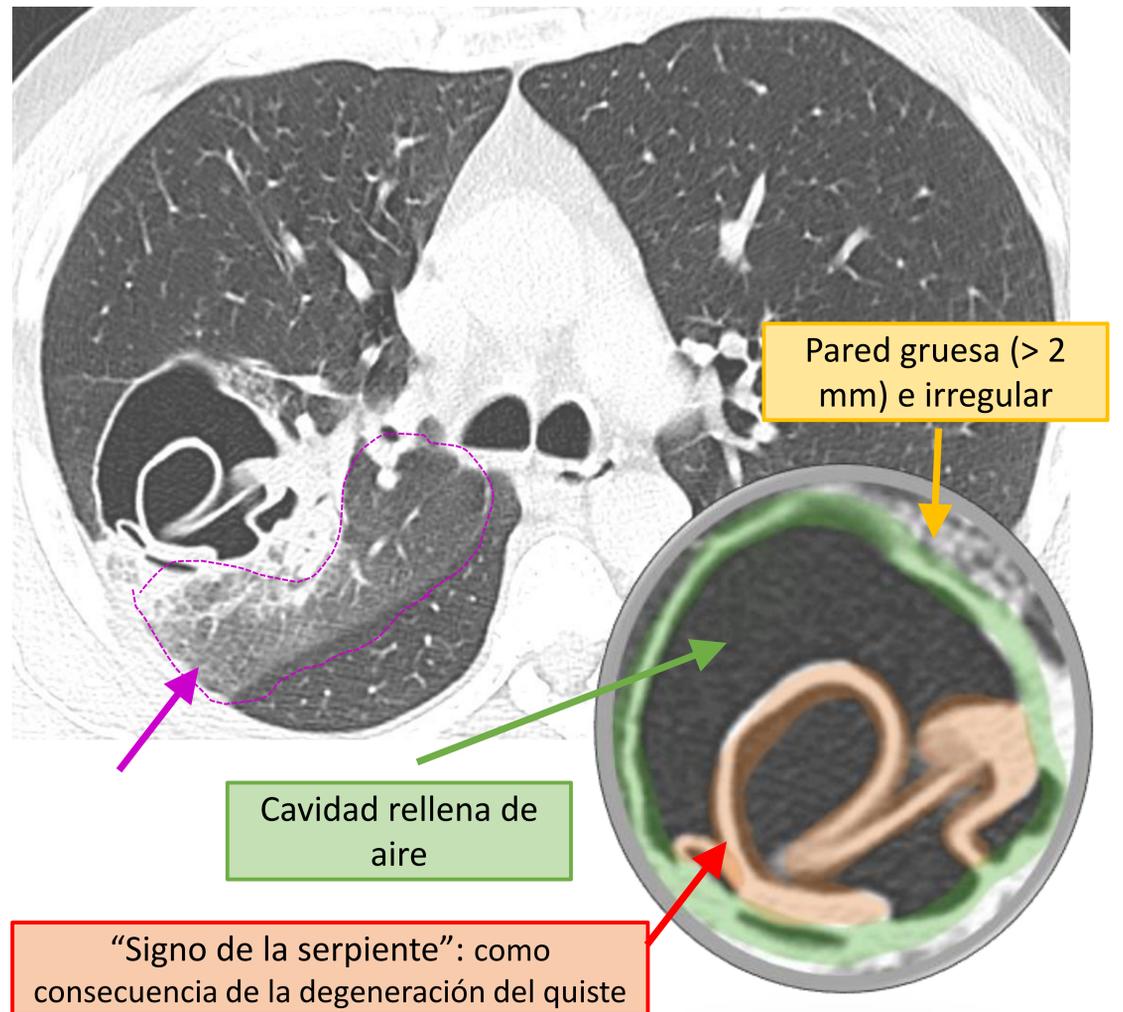
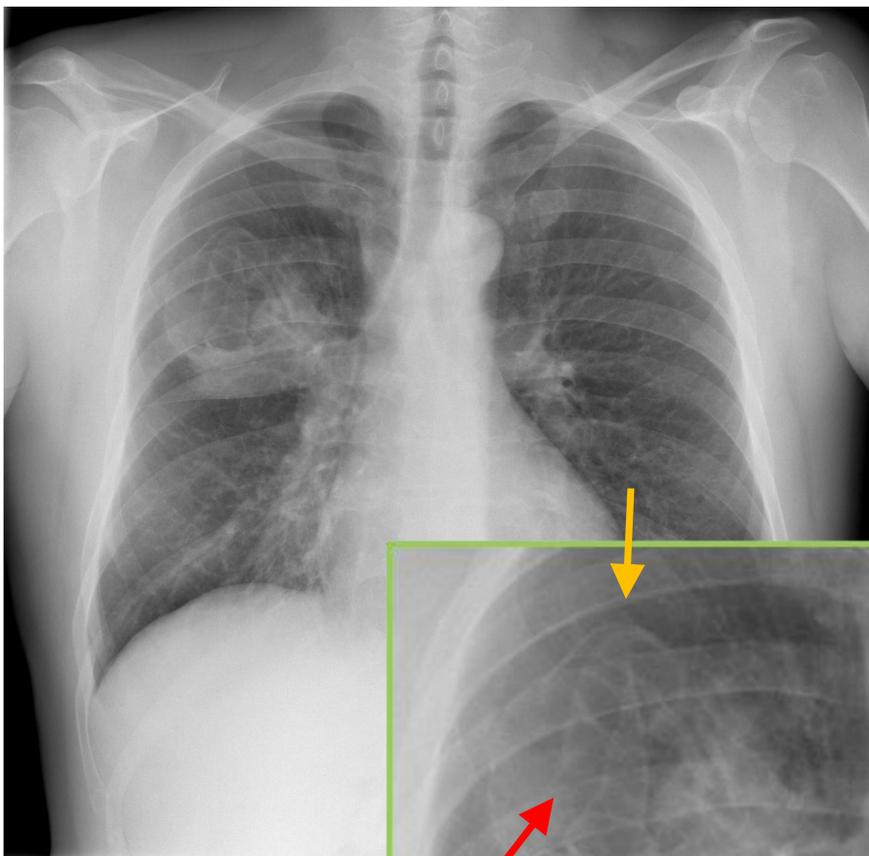
HIDATIDOSIS PULMONAR



La hidatidosis es el resultado de la infección por *Echinococcus granulosus* y puede dar lugar a la formación de quistes-cavidades en cualquier parte del cuerpo.

La **hidatidosis pulmonar es la 2º afectación más frecuente en adultos**, después del hígado, **y la más frecuente en niños**. Los quistes-cavidades son **múltiples** en el 30% de los casos, bilaterales en el 20% y localizados en el **lóbulo inferior** en el 60%.

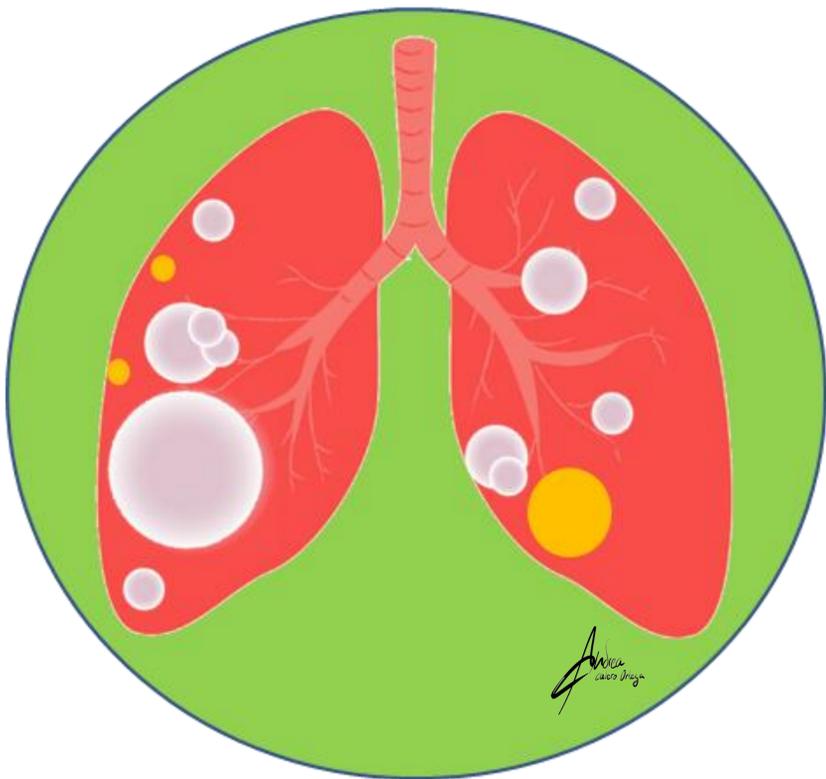
Los quistes-cavidades no complicados aparecen como **masas bien definidas**, de forma **redondeada**, en los de localización central y **ovalada** o policíclica, en los periféricos.



Radiografía de tórax posteroanterior y TC de alta resolución axial muestran un **quiste solitario** de **pared engrosada** con estructuras serpentiformes intraquísticas, que representan membranas colapsadas ("signo de la serpiente") rodeado de opacidades en vidrio deslustrado (**flecha rosa**) en el segmento posterior del lóbulo superior derecho → CAVIDAD

○ CAVIDAD

ENDOMETRIOSIS TORÁCICA



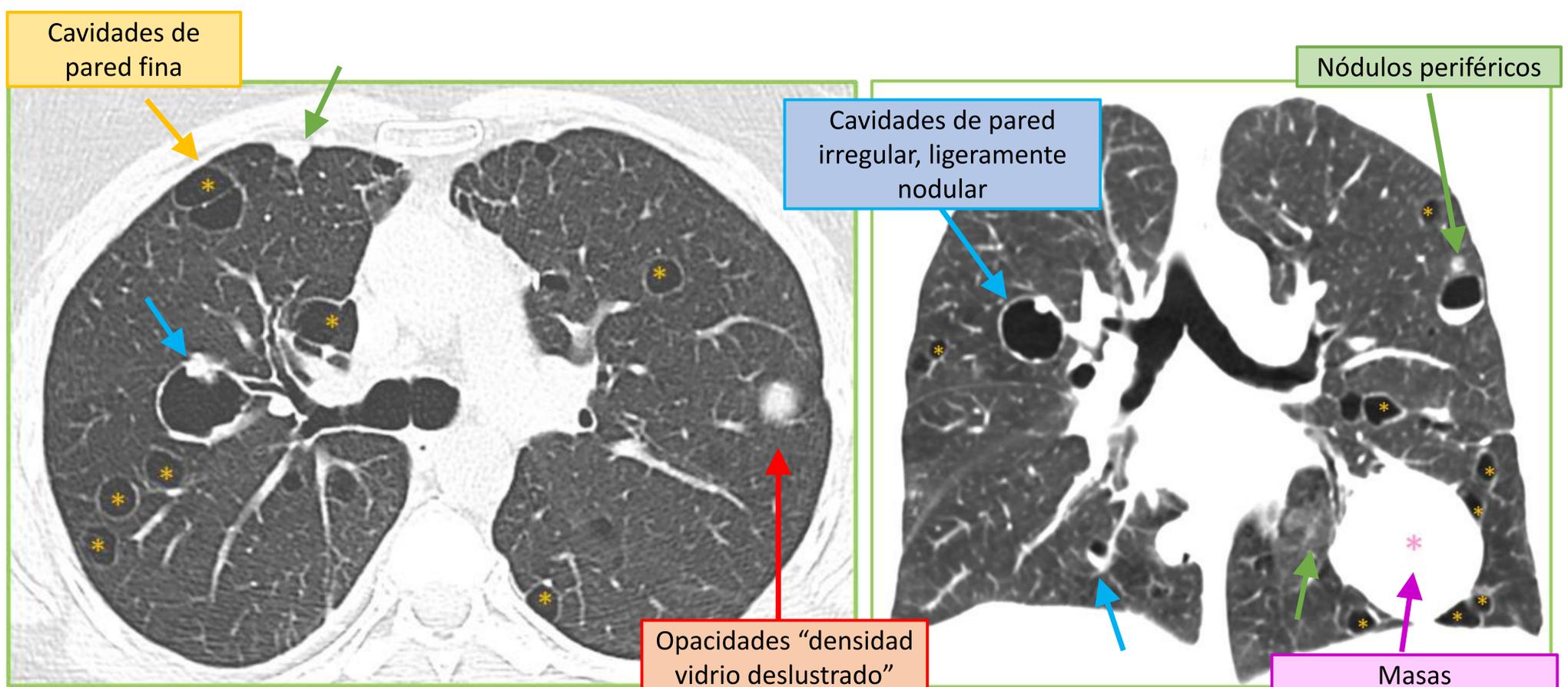
La endometriosis es la presencia de **tejido endometrial funcional** en localizaciones **extrauterinas**.

La **endometriosis torácica** es una localización **poco frecuente**.

Se clasifica en dos categorías: **pleuro-diafragmática** (afecta a la pleura) y **broncopulmonar** (afecta al parénquima y las vías respiratorias). Los síntomas pueden incluir **neumotórax catamenial** y **hemoptisis catamenial**.

Radiológicamente, se presenta con **neumotórax**, **nódulos/masas** (en su mayoría periféricos y de tamaño variable), **consolidaciones**, **cavidades** de paredes finas y **opacidades densidad vidrio deslustrado**.

Los nódulos corresponden patológicamente a implantes nodulares de la endometriosis. La hemoptisis es consecuencia del contenido hemorrágico en los alveolos, que se traduce como opacidades densidad vidrio deslustrado focales o consolidaciones alveolares.

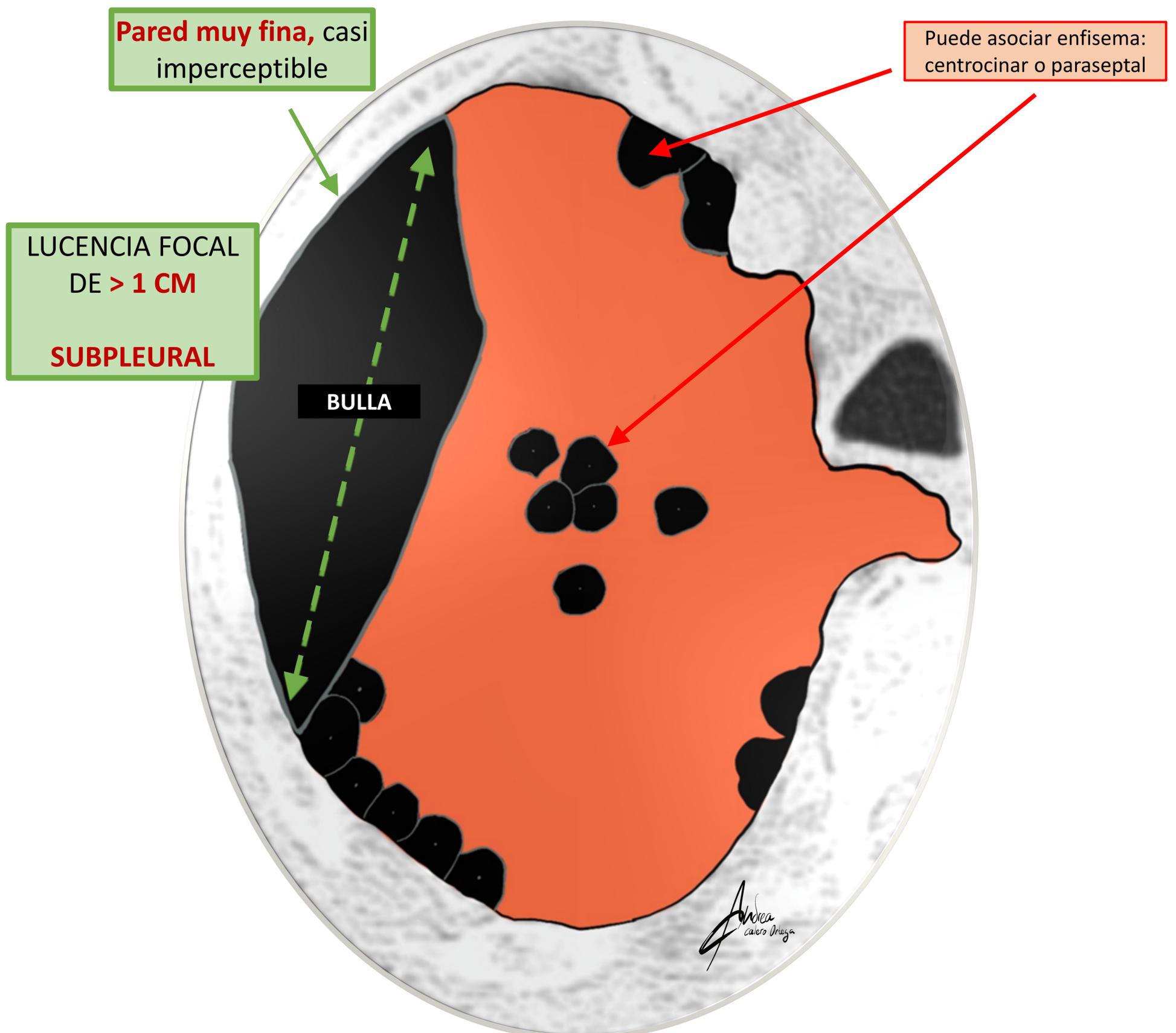


La TC de alta resolución muestra una **afectación parenquimatosa pulmonar bilateral** con múltiples cavidades de paredes finas, y algunas de paredes gruesas e irregulares, pequeños nódulos periféricos, distribuidos difusamente, y una gran masa en el lóbulo inferior izquierdo.

○ BULLA PULMONAR

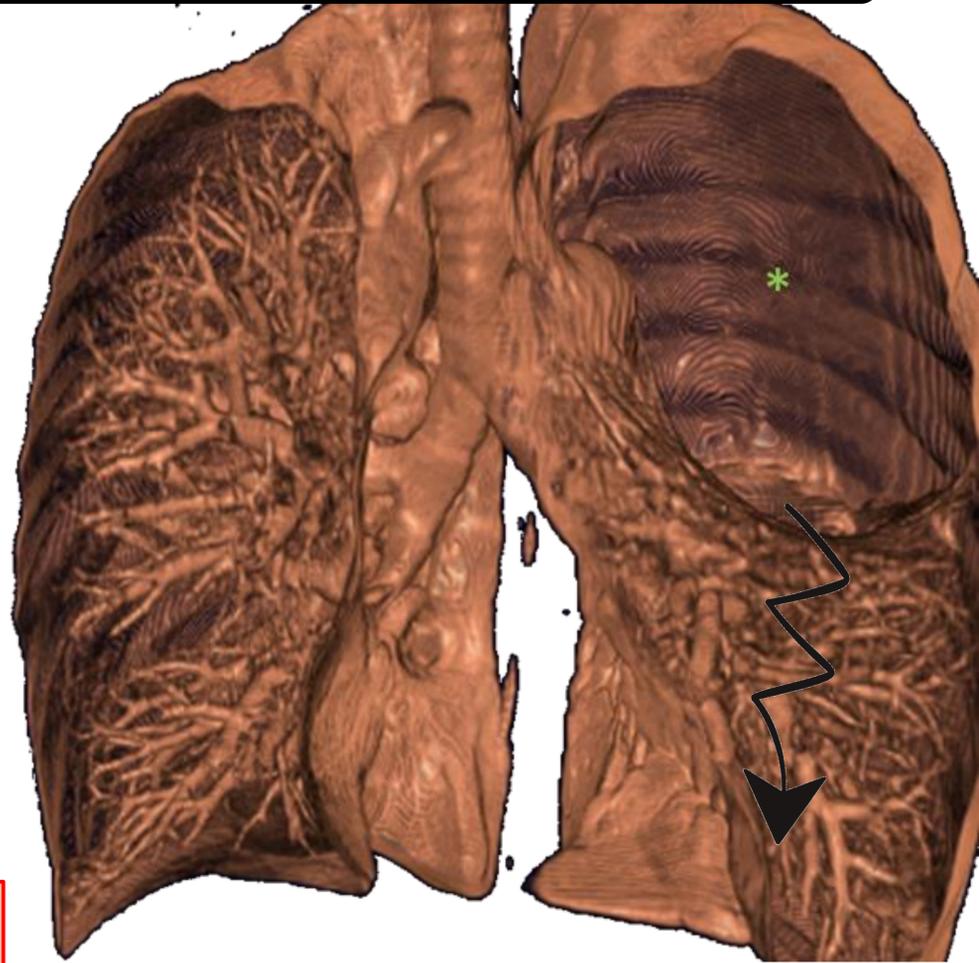
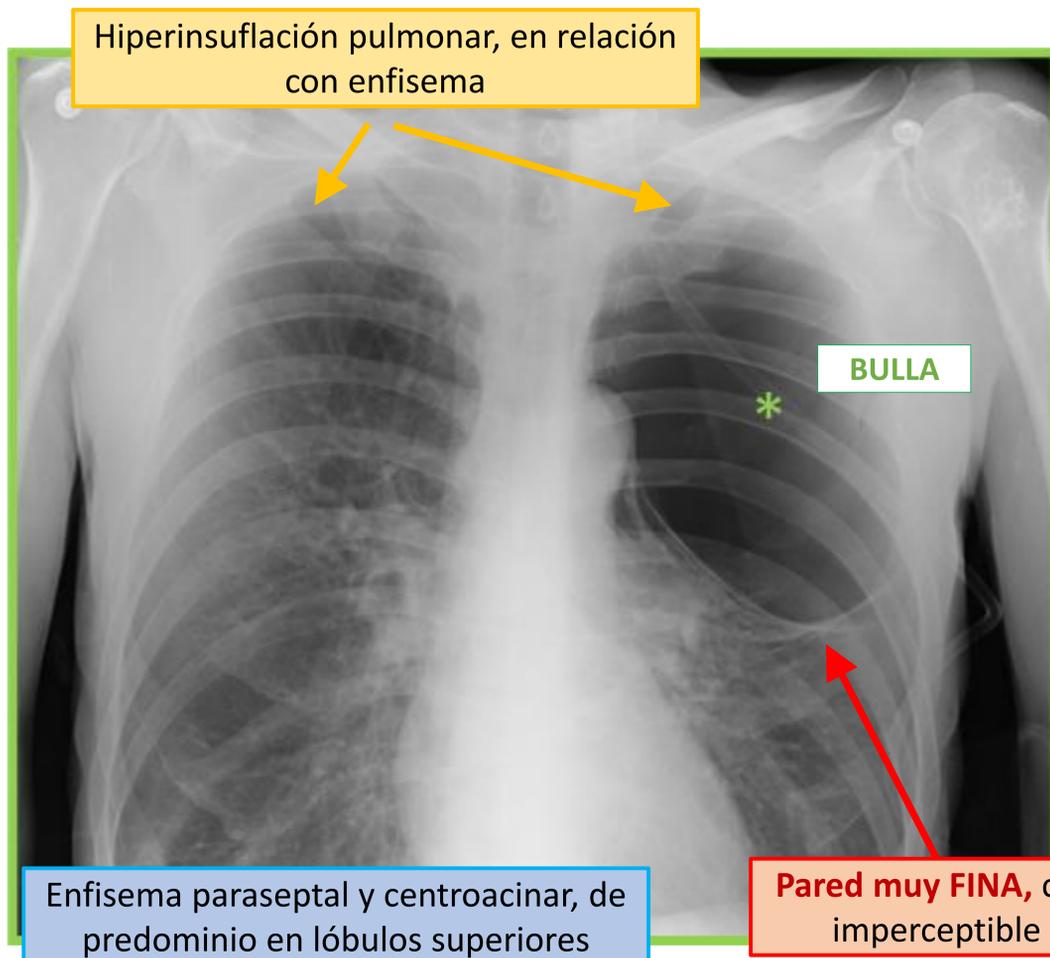
Lucencia focal de **> de 1 cm de tamaño** con **pared fina e imperceptible** (no > de 1 mm), generalmente **acompañada de enfisema paraseptal y centroacinar**.

A menudo son de **localización subpleural** y suelen ser más grandes en los ápices pulmonares. En **algunos casos, las bullas pueden ser muy grandes** y provocar la compresión del tejido pulmonar adyacente **simulando un neumotórax**.

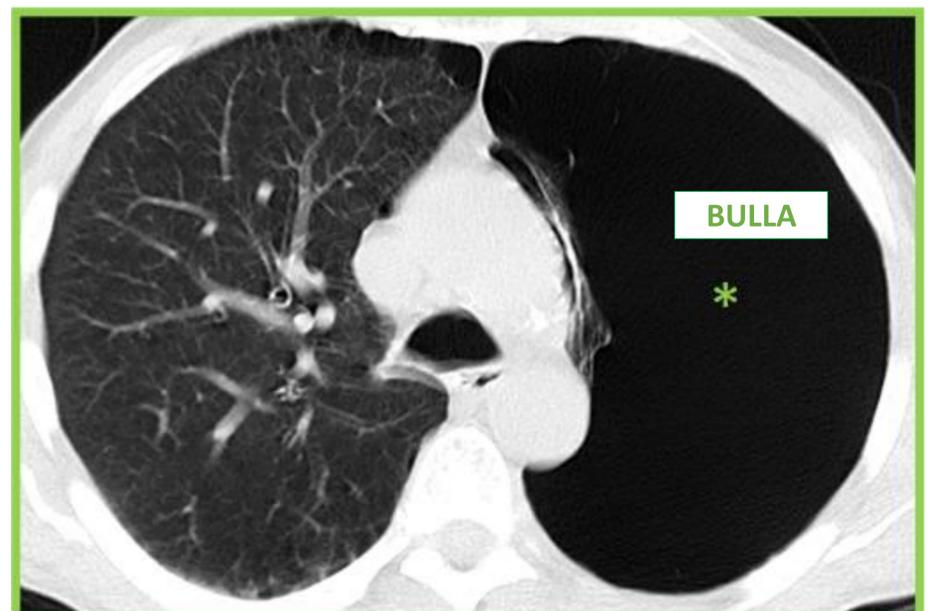
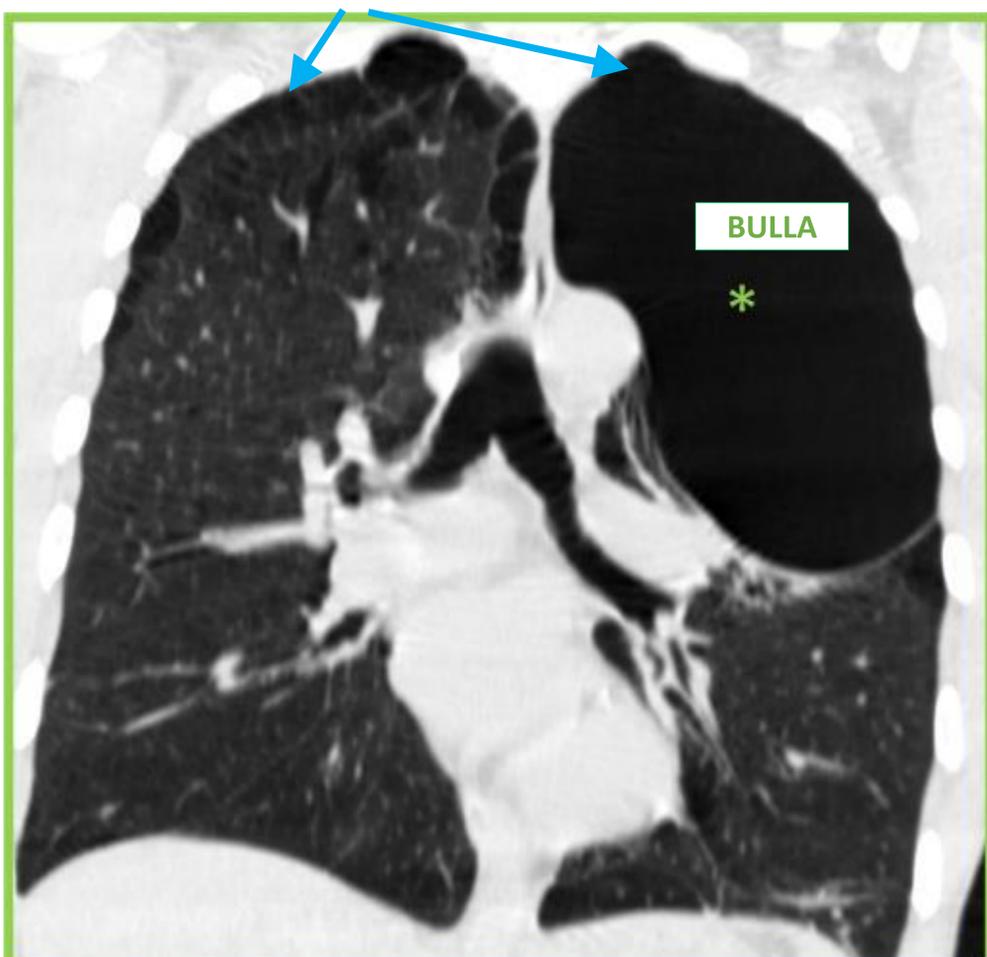


○ BULLA PULMONAR

BULLA PULMONAR GIGANTE



Se correlaciona en la reconstrucción volumétrica 3D, que muestra una gran bulla, que ejerce efecto de masa sobre el pulmón izquierdo



La radiografía posteroanterior de tórax y TC coronal y axial de alta resolución muestran una **gran radiolucencia focal solitaria** en ápice pulmonar izquierdo (*) con una **pared fina imperceptible**, que ejerce efecto de masa sobre el parénquima pulmonar adyacente. En los lóbulos superiores también se aprecia **enfisema paraseptal y centroacinar**.

○ NEUMATOCELE

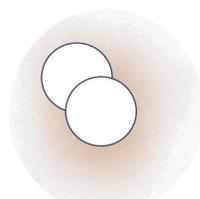
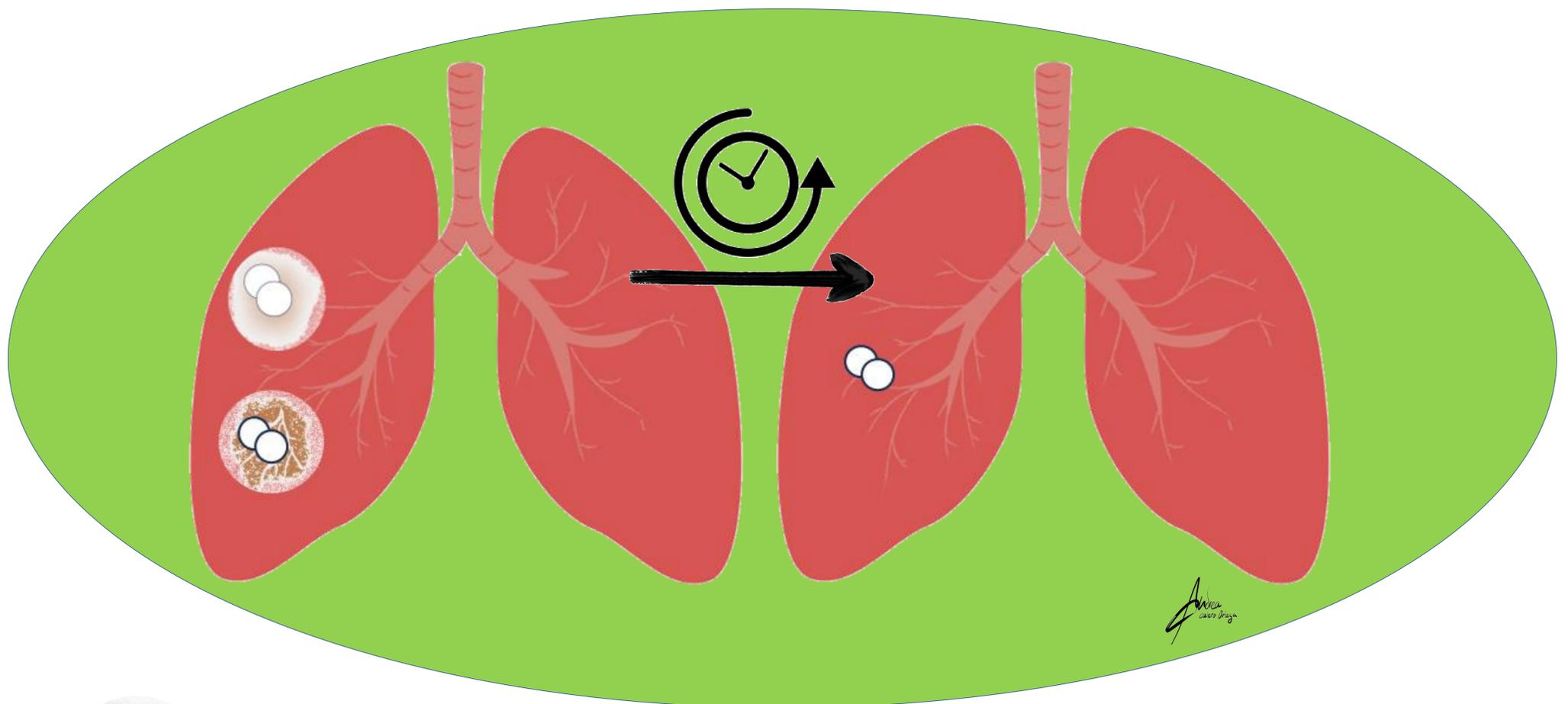
Lesiones **redondeadas** de **paredes finas** en el parénquima pulmonar **acompañadas de consolidación adyacente u opacidad densidad vidrio deslustrado**, que aparecen tras una **neumonía**, un **traumatismo** o **aspiración de líquido hidrocarbonado**.

Pueden aumentar progresivamente de tamaño en los días o semanas siguientes y **RESOLVERSE** al cabo de semanas o meses.

○ En **el contexto infeccioso**, pueden estar **rodeados de una consolidación**, lo que hace difícil en muchos casos distinguirlos de los abscesos pulmonares.

→ Las claves radiológicas para diferenciar un neumatocele de un absceso son: paredes lisas y regulares, contenido líquido nulo o mínimo y ausencia de síntomas infecciosos.

○ En **el contexto traumático**, no suelen visualizarse hasta unas **horas o incluso varios días después del evento traumático**, ya que inicialmente se ocultan bajo la contusión pulmonar circundante.



Neumatocele adyacente a una opacidad densidad vidrio deslustrado



Neumatocele adyacente a una consolidación

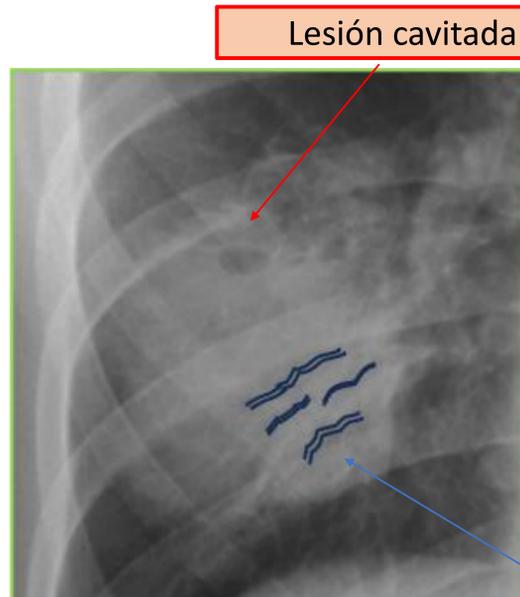
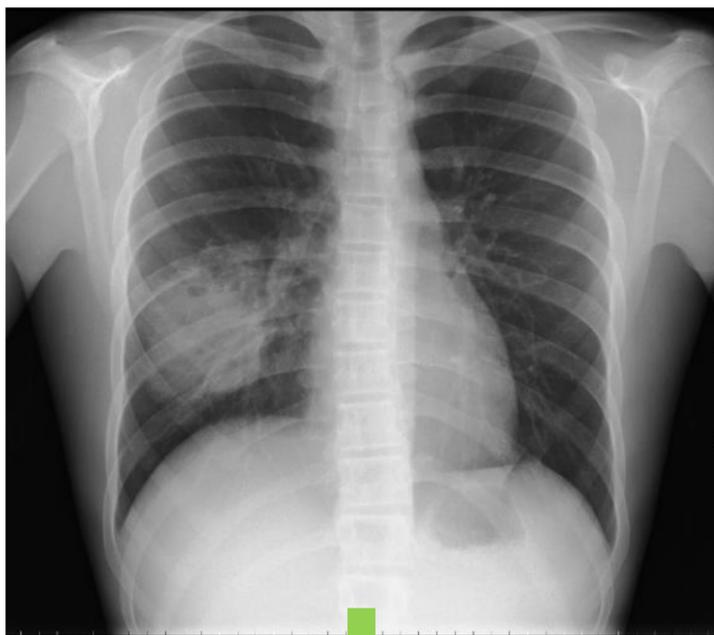
Con el tiempo se RESUELVEN las opacidades del espacio aéreo y se desarrollan espacios quísticos de paredes finas.

Pueden mantenerse o desaparecer totalmente con el tiempo.

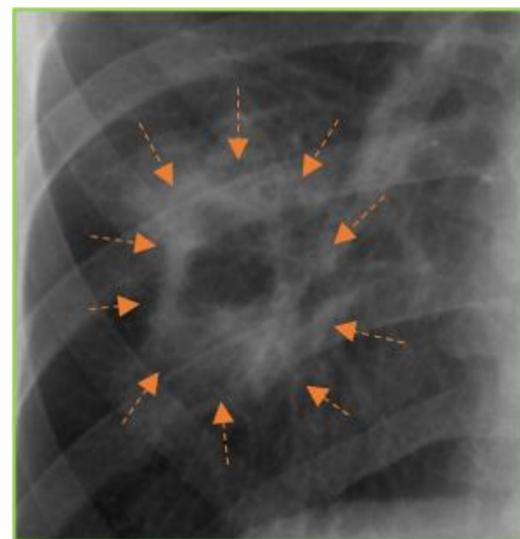
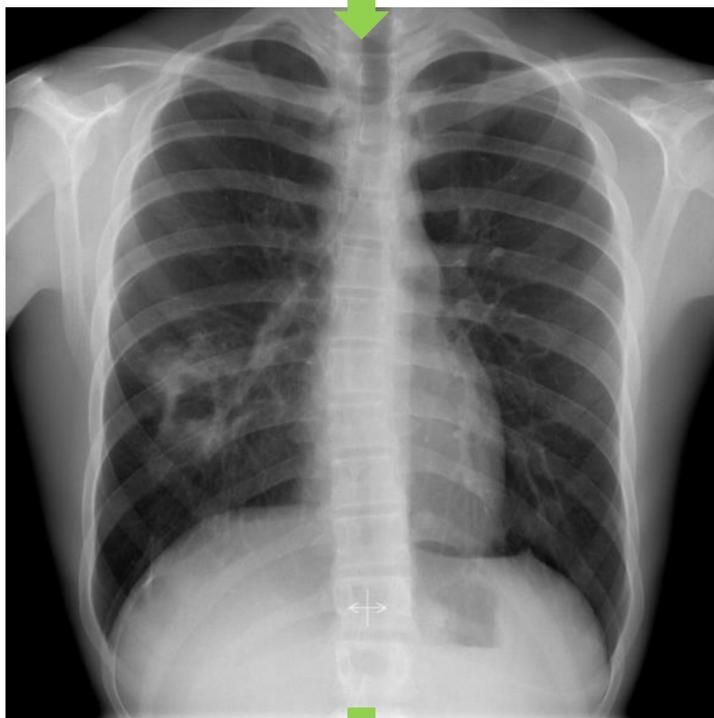
○ NEUMATOCELE

NEUMATOCELE POST-NEUMONÍA

Radiografías posteroanteriores de tórax muestran la **progresión en el tiempo** desde una neumonía hasta la formación de un neumatocele secundario.

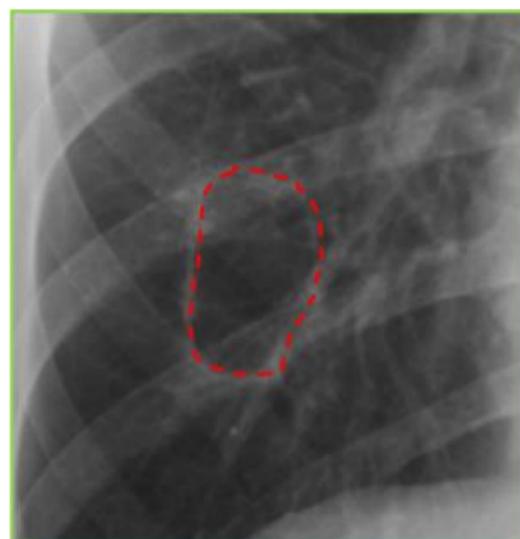
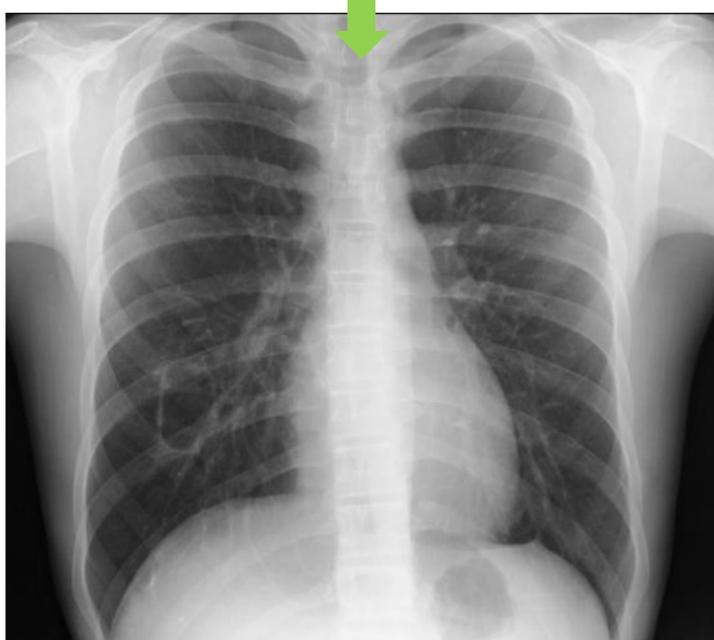


Pequeña lesión cavitada con nivel hidroaéreo **dentro de una gran consolidación** del lóbulo inferior derecho, que asocia broncograma aéreo.



Evolución radiológica con **disminución del tamaño** y de la densidad de la **consolidación alveolar**.

A medida que la neumonía se va resolviendo, empieza a **aparecer un quiste de paredes finas** lleno de aire.



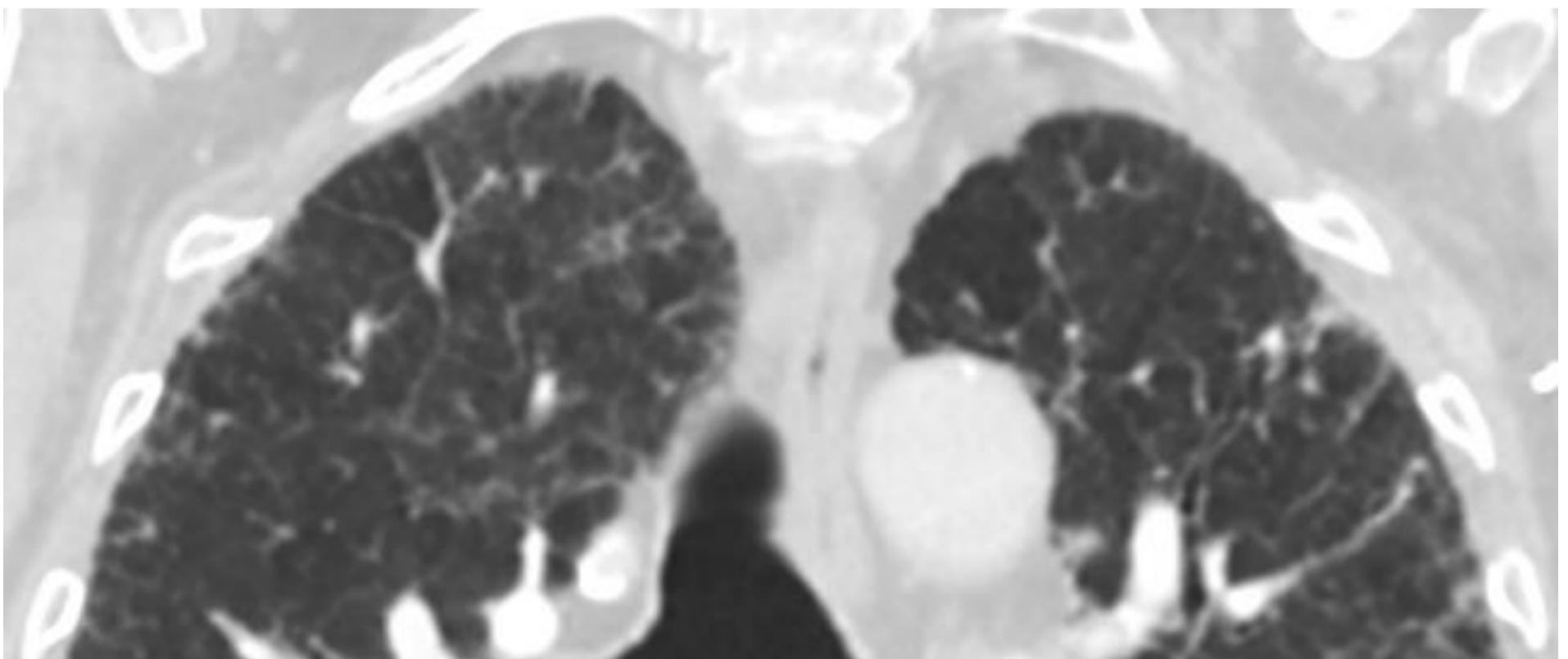
Evolución radiológica con resolución de la consolidación **y persistencia de un quiste de paredes finas**

NEUMATOCELE

○ ENFISEMA

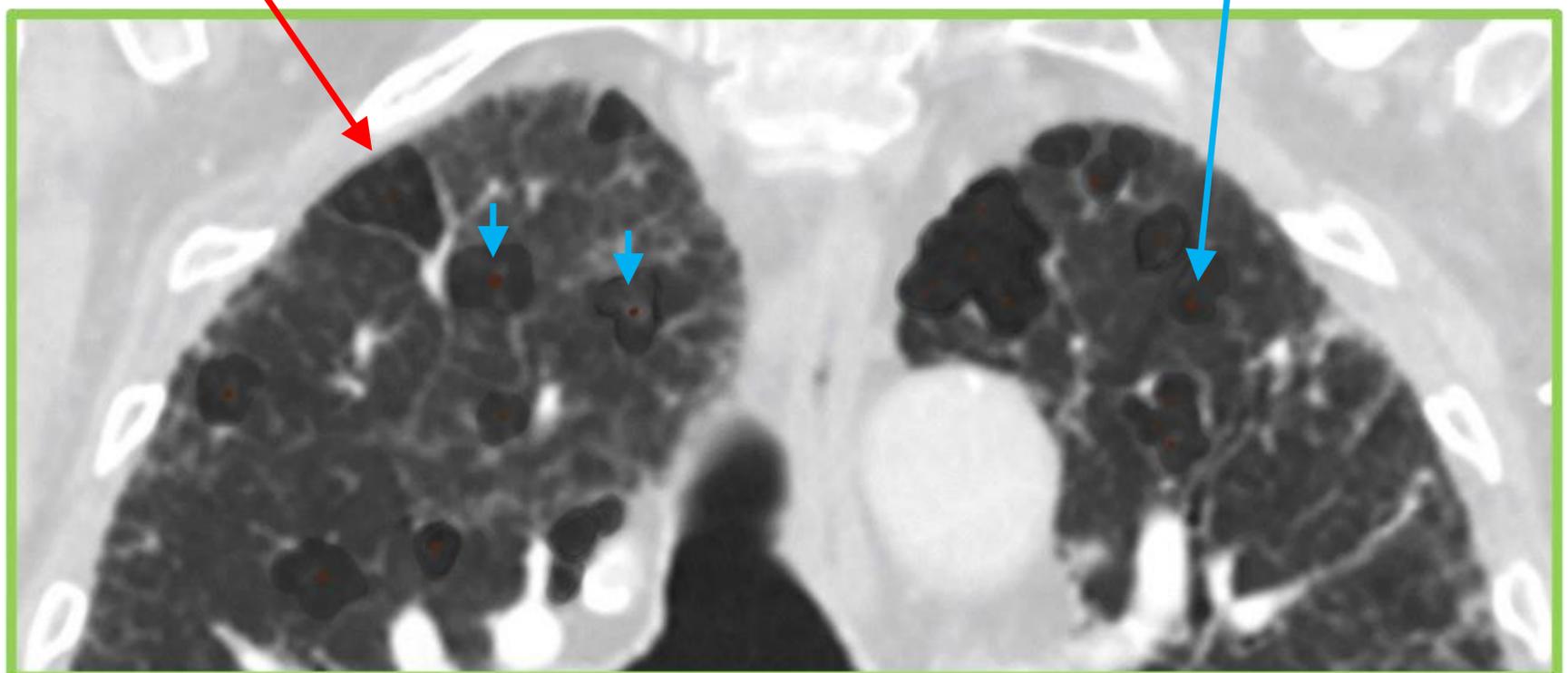
El enfisema pulmonar se clasifica en tres subtipos: **centroacinar, paraseptal y panlobular**.

El enfisema centroacinar se define por la presencia de paredes alveolares centrilobulares destruidas y bronquiolos respiratorios y alvéolos asociados agrandados. Tiene predilección por los **lóbulos superiores**.



Paredes muy finas e imperceptibles

“CENTRAL DOT SIGN”: imagen puntiforme en el centro de la radiolucencia



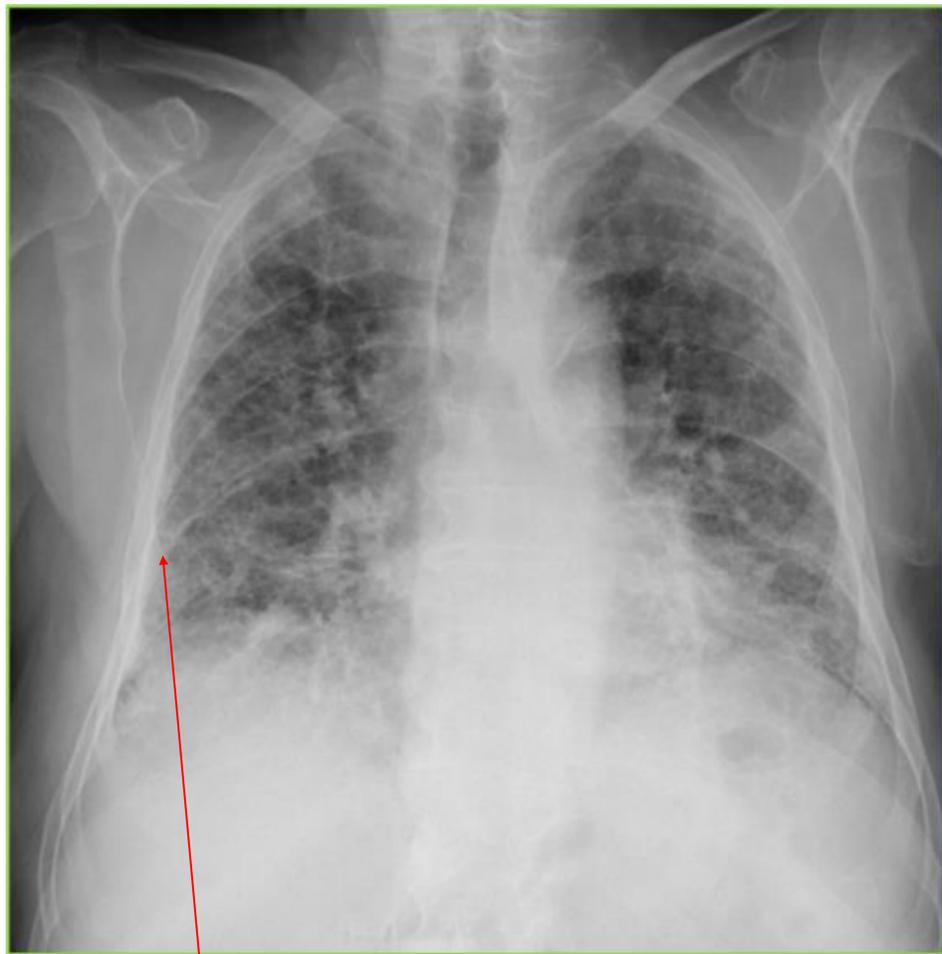
TC coronal de alta resolución ampliado que muestra pequeñas radiolucencias con **pared fina**, casi imperceptible, el típico signo del **“DOT CENTRAL SIGN”** (flecha azul), y predominio en **lóbulos superiores**, en relación con enfisema.

○ PATRÓN EN PANAL DE ABEJA

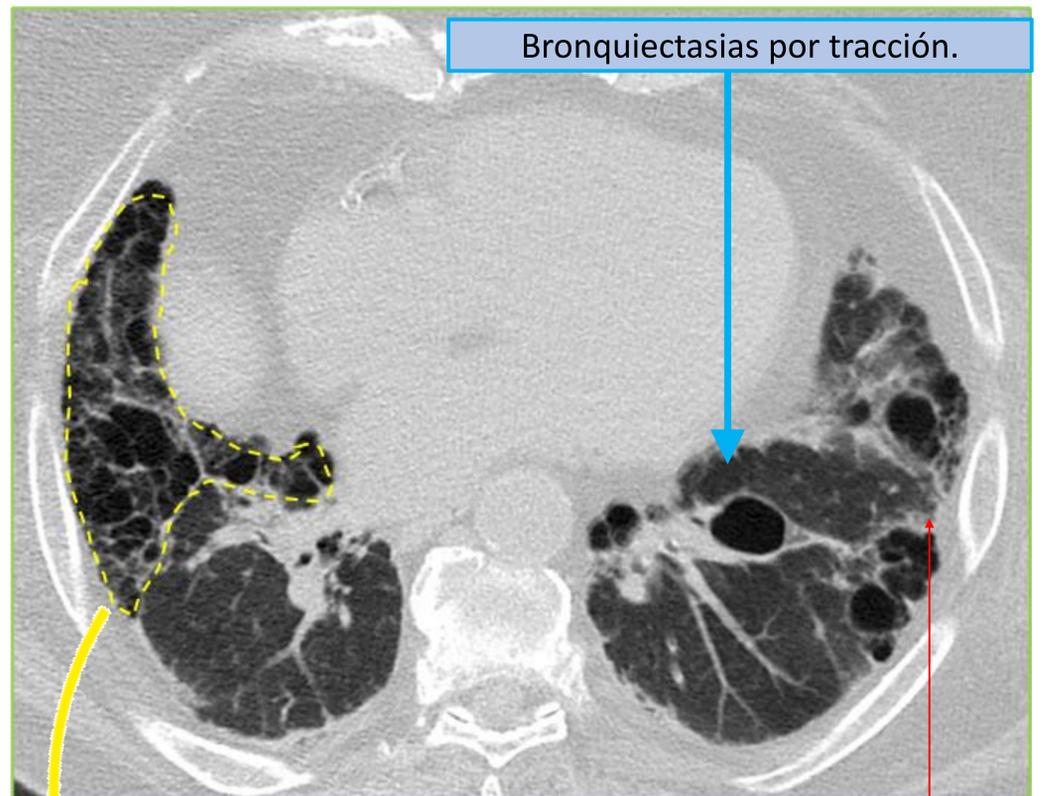
El signo del "PANAL DE ABEJA" representa **múltiples filas de numerosos espacios aéreos quísticos de paredes fibrosas gruesas y bien definidas (> 3 filas)**, indicativo de estadios fibróticos y tardíos de varias enfermedades pulmonares.

Predomina en las regiones **subpleurales de los lóbulos inferiores**.

Suele ir acompañada de **otros rasgos de fibrosis pulmonar**, como **reticulación y bronquiectasias por tracción**.



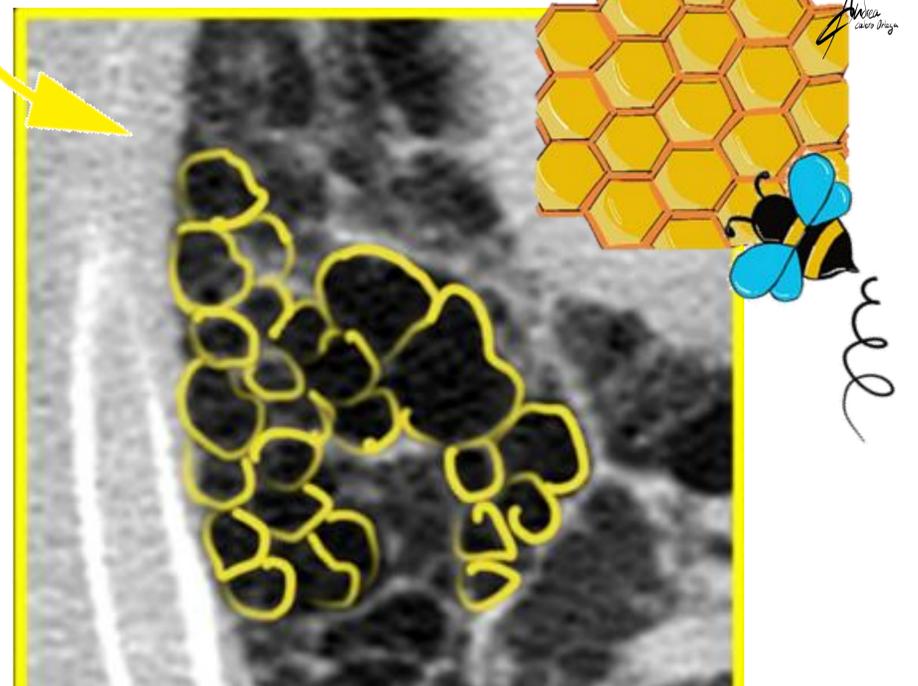
Reticulación subpleural



Bronquiectasias por tracción.

Reticulación subpleural

Radiografía simple de tórax posterioroanterior y TC axial de alta resolución que muestra **múltiples filas**, unas sobre otras, de **pequeños espacios aéreos quísticos**, de predominio en **bases pulmonares** y de localización **subpleural**, junto con otros **SIGNOS DE FIBROSIS**.



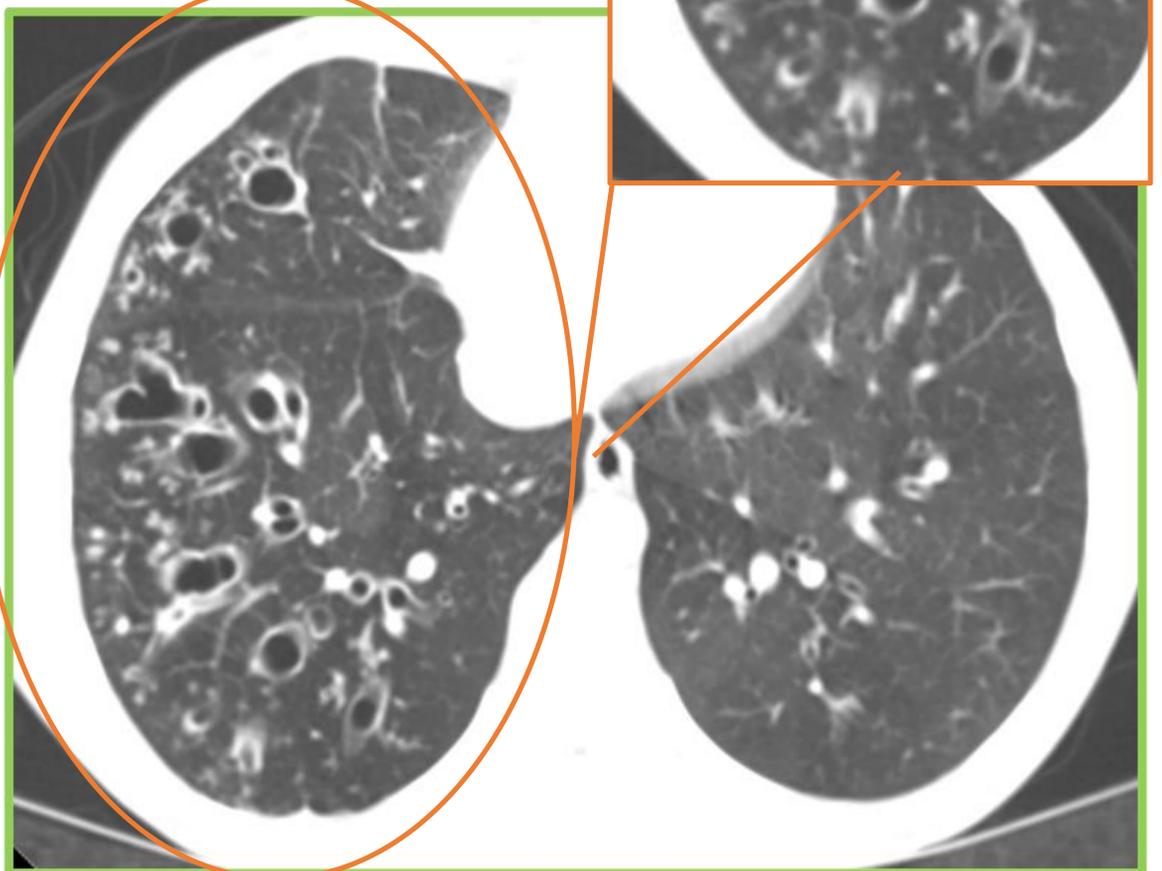
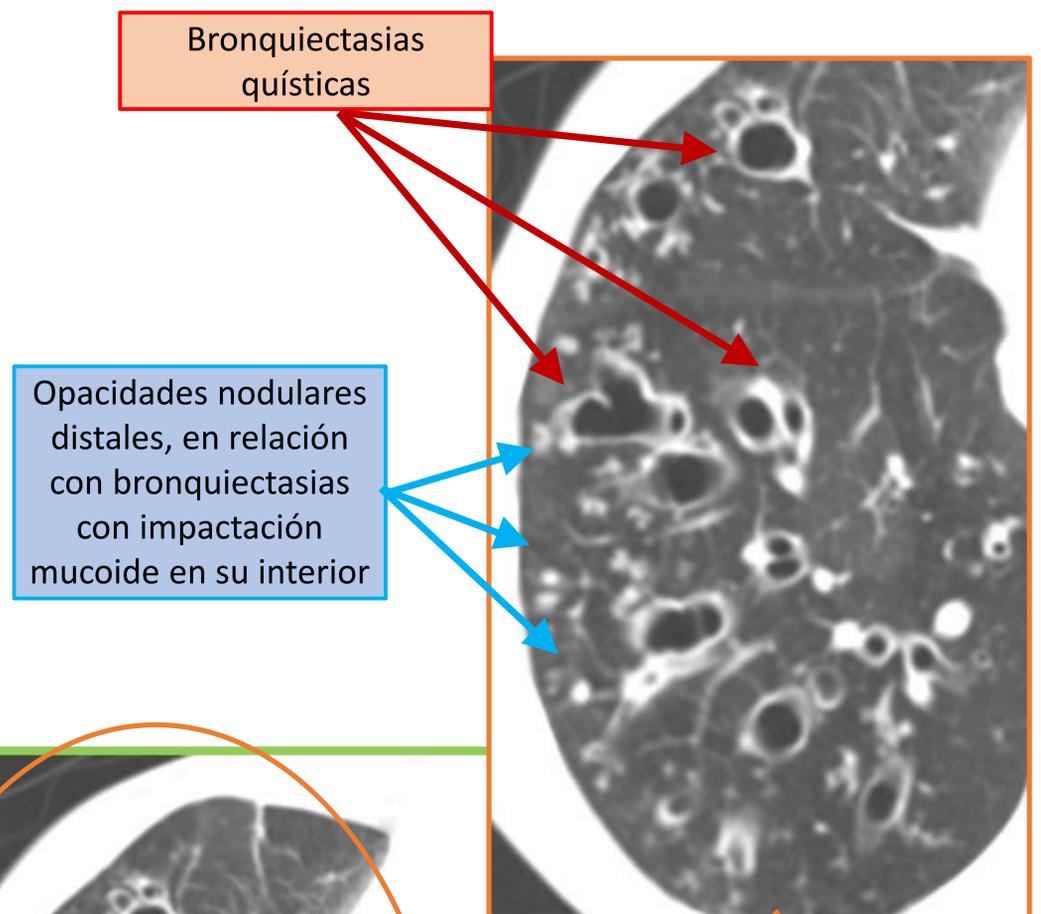
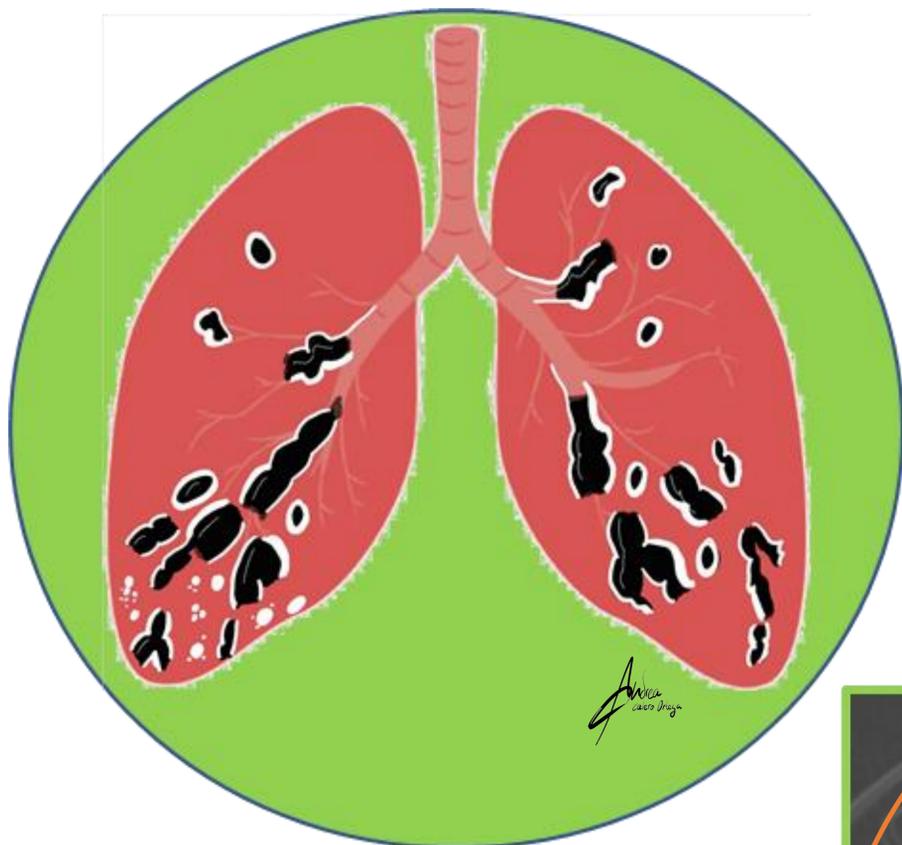
Múltiples filas de espacios aéreos quísticos, con paredes bien definidas, que se asemejan a un panal de abejas.

○ BRONQUIECTASIAS QUÍSTICAS

Las bronquiectasias son **dilataciones bronquiales irreversibles**, *localizadas o difusas*, resultantes de infecciones crónicas, obstrucción proximal de las vías respiratorias o anomalías bronquiales congénitas.

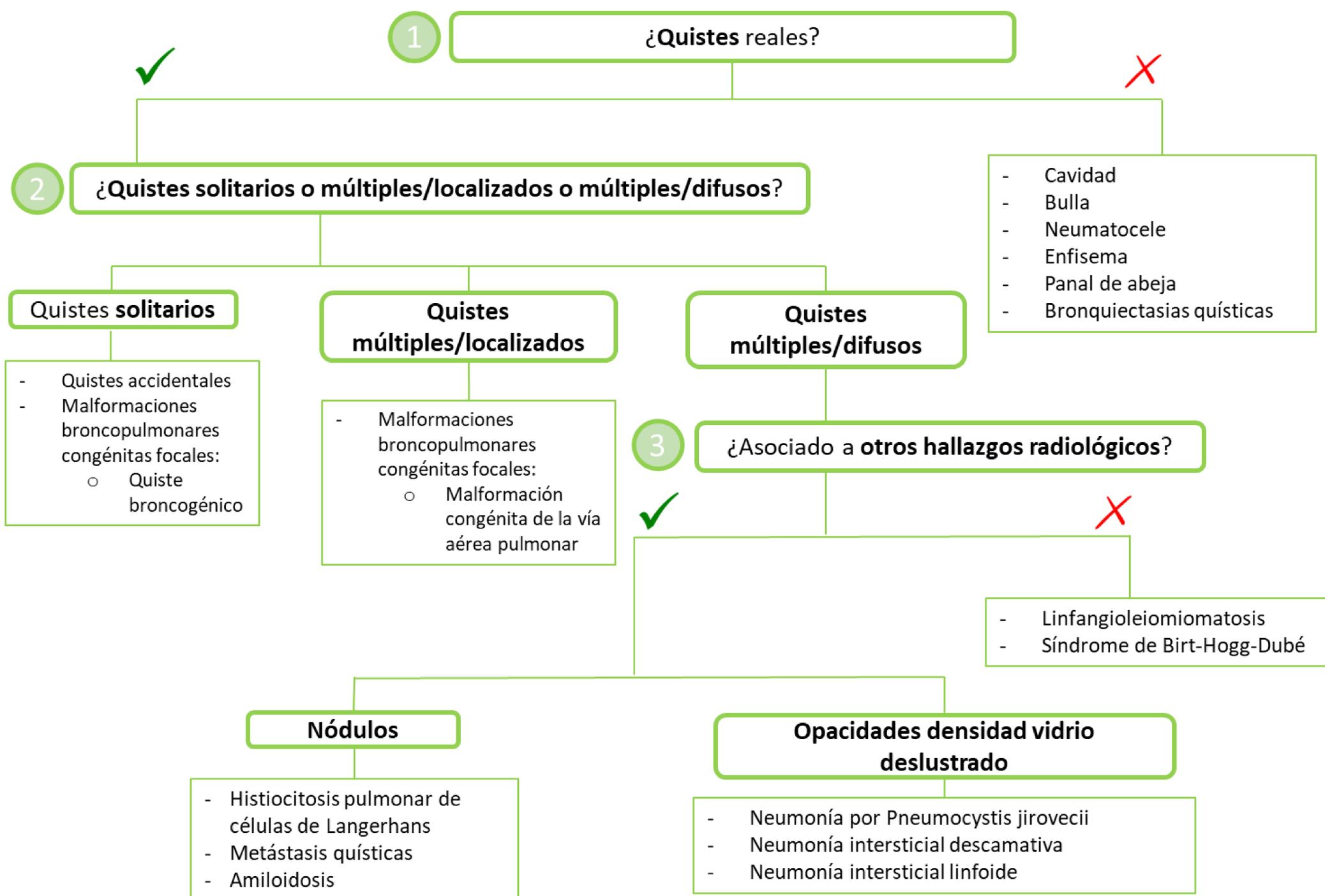
Hallazgos radiológicos como el **patrón en ramificación**, el **engrosamiento de las paredes bronquiales**, las opacidades centrilobulillares y el atrapamiento de aire, diferencian las bronquiectasias de los quistes simples.

Las bronquiectasias quísticas agregadas tienen un aspecto de "racimo de uvas" que se extienden hasta la superficie pleural. Niveles hidroaéreos suelen estar presentes, lo que indica sobreinfección.



TC torácica de alta resolución con ventana de pulmón de un paciente con **FIBROSIS QUÍSTICA**, donde se evidencia bronquiectasias quísticas, algunas de ellas con impactaciones mucoides.

Una vez determinado que nos encontramos ante **un verdadero quiste pulmonar**, debemos seguir el siguiente algoritmo diagnóstico para definir un correcto diagnóstico diferencial.

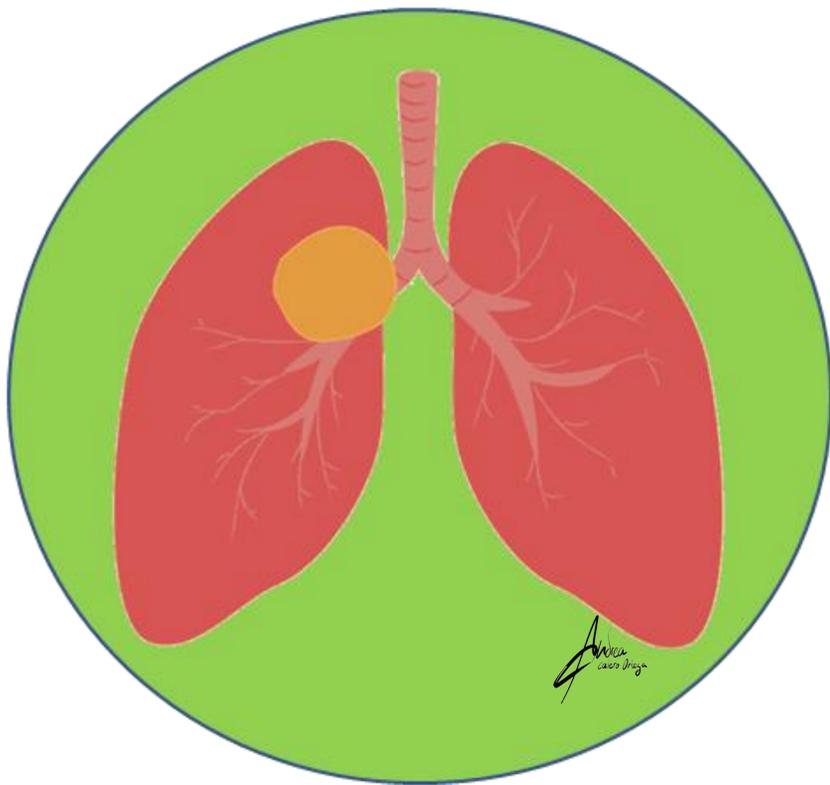


PASO 2: ¿Quistes solitarios o múltiples/localizados o múltiples/difusos?

QUISTES SOLITARIOS

MALFORMACIONES BRONCOPULMONARES CONGÉNITAS: QUISTE BRONCOGÉNICO

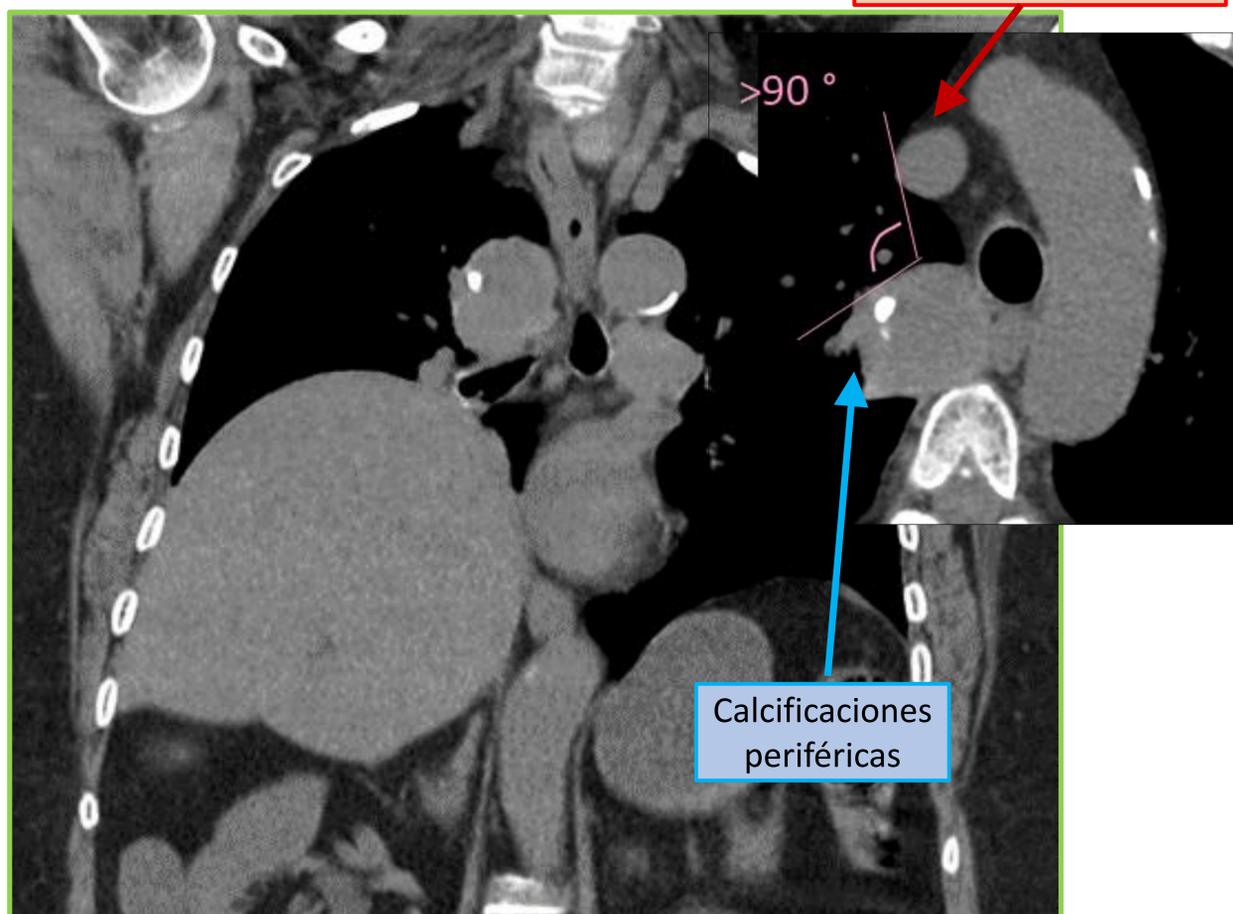
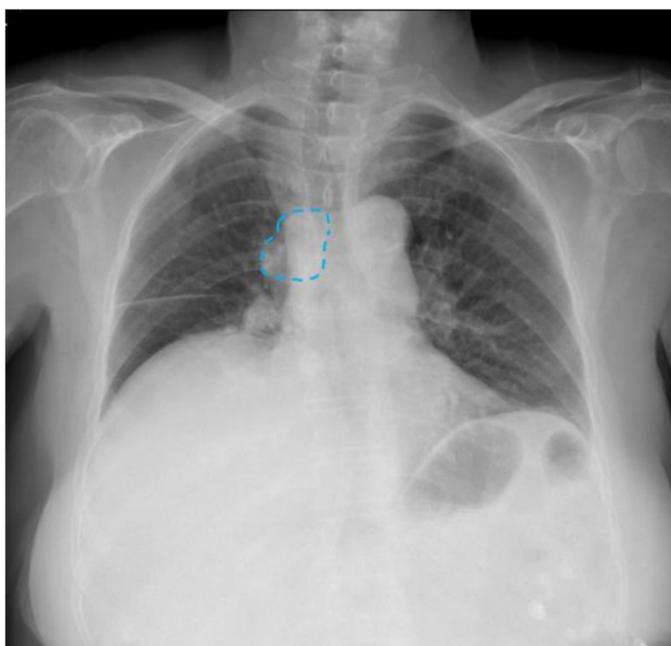
Los quistes son un tipo de malformaciones congénitas del árbol bronquial. Generalmente se localizan en el **mediastino medio**, especialmente en la región **subcarinal**, pero también pueden encontrarse en el parénquima pulmonar (predilección por los lóbulos inferiores) y en localizaciones extratorácicas.



Los hallazgos de imagen son una **masa bien definida, redonda y solitaria**, con **calcificaciones** o septos y una **pared fina**.

Suelen estar **reellenos de líquido**. Los quistes broncogénicos intrapulmonares reellenos de aire son raros. La atenuación del quiste puede variar en función de la cantidad de material proteináceo.

>90° define una localización extrapulmonar

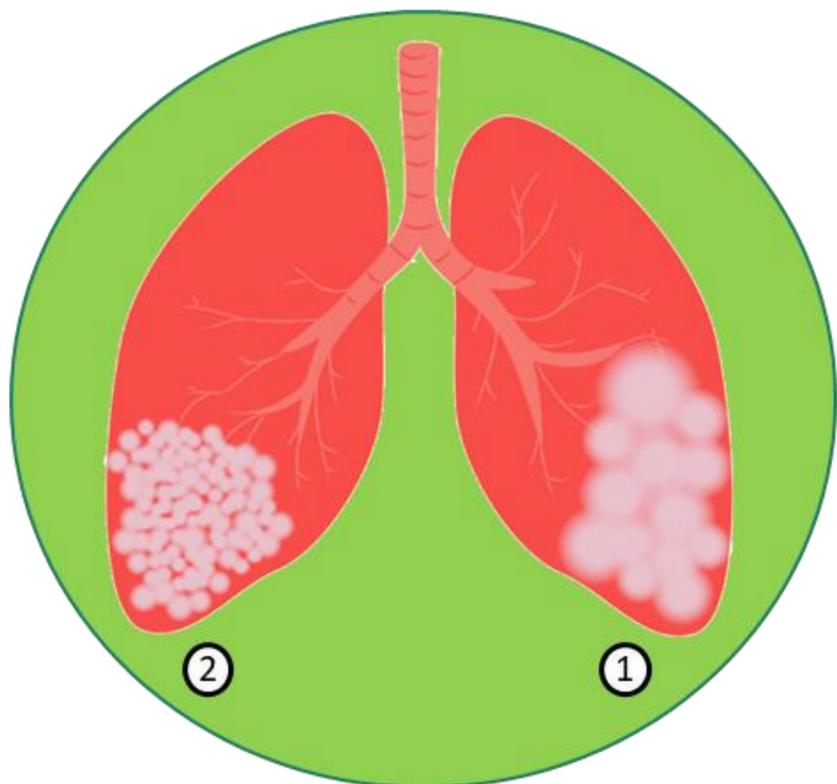


Radiografía simple de tórax posteroanterior y TC coronal muestran una masa nodular **EXTRAPARENQUIMATOSA**, bien definida, con borramiento de la línea paraespinal lateral derecha (mediastino posterior), que en la TC muestra **pequeñas calcificaciones periféricas**.

QUISTES MÚLTIPLES/LOCALIZADOS

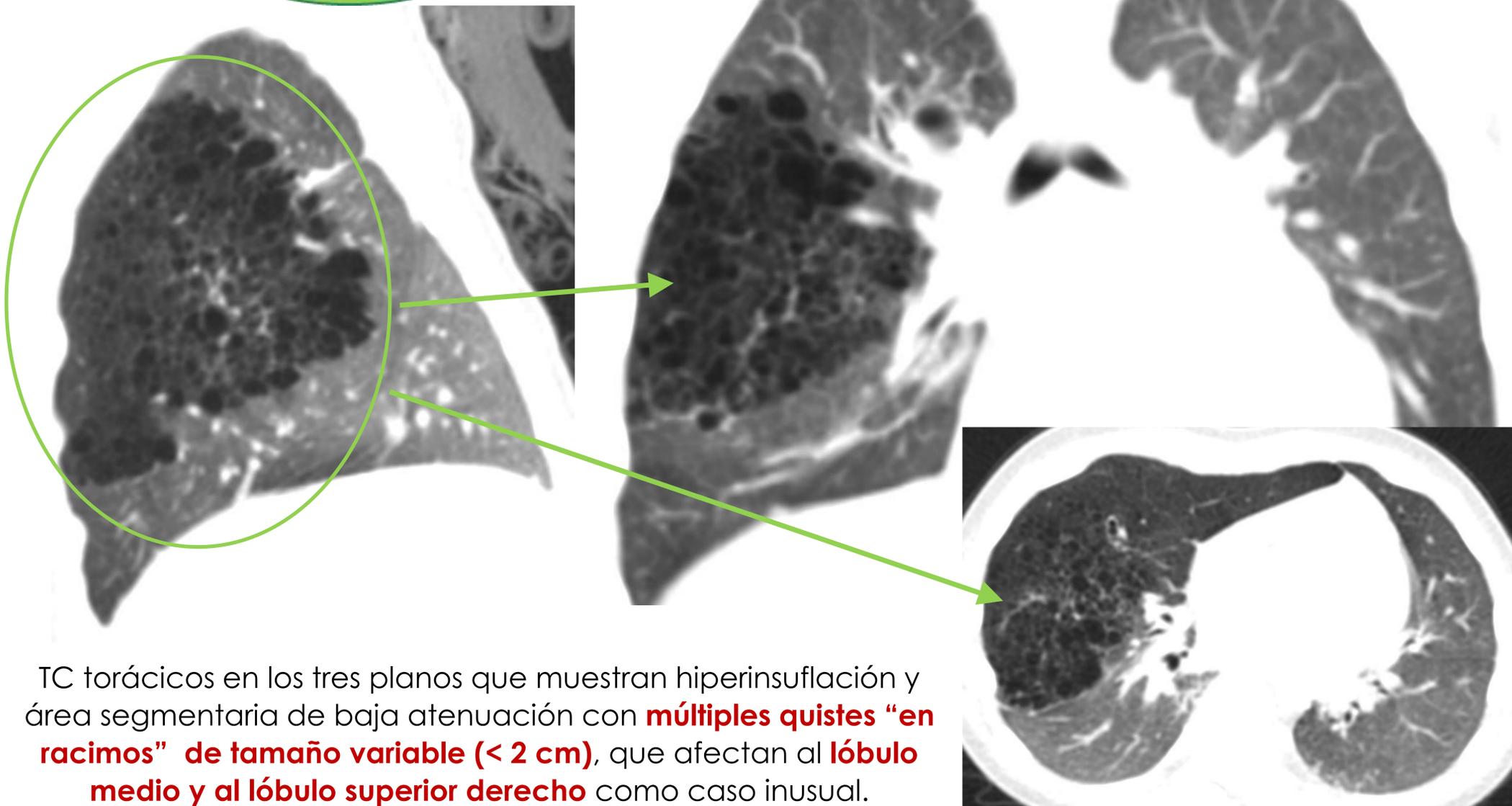
○ MALFORMACIONES BRONCOPULMONARES CONGÉNITAS: MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE LA VÍA AÉREA PULMONAR

La malformación congénita de la vía aérea pulmonar es una anomalía congénita broncopulmonar basada en **masas multiquísticas segmentarias** de tamaño variable y proliferación bronquial anormal. Se divide en cinco tipos:



- El **tipo 1** es el **MÁS COMÚN** y se observa con más frecuencia en **adultos** como uno o múltiples quistes grandes (de 2 a 10 cm de tamaño) y un **quiste dominante**.
- El **tipo 2** es el segundo tipo más común, definido por quistes pequeños solitarios o múltiples (0,5-2 cm de tamaño), y puede estar asociado a **anomalías cardíacas y renales**.

Las lesiones suelen ser **unilaterales** y afectan a **un solo lóbulo**, con mayor frecuencia a los **LÓBULOS INFERIORES**.



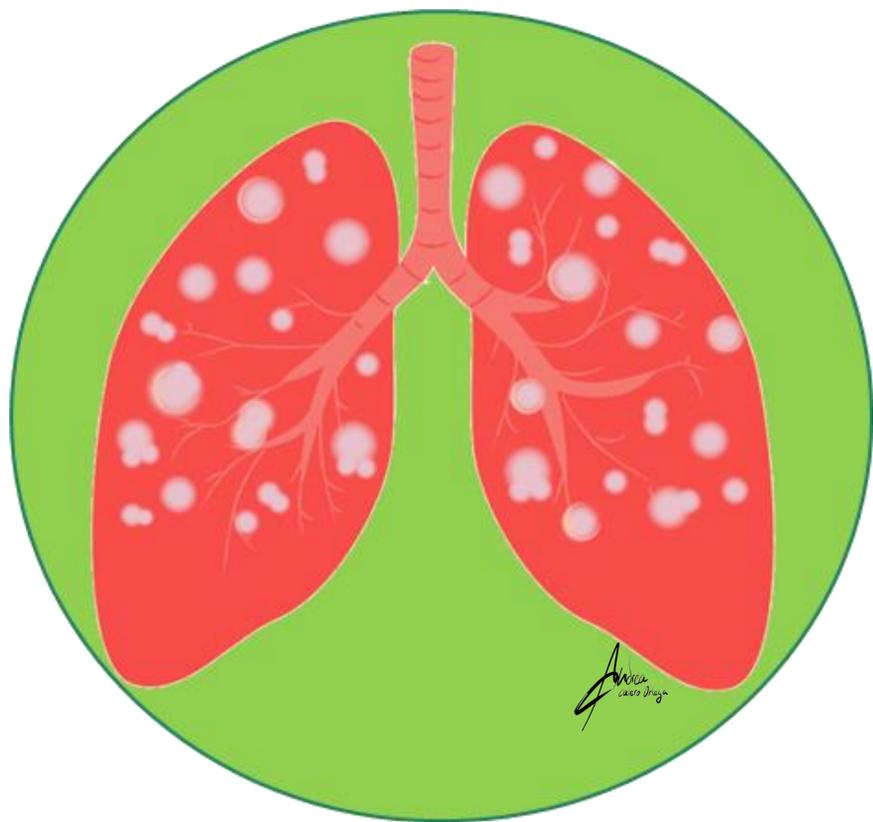
TC torácicos en los tres planos que muestran hiperinsuflación y área segmentaria de baja atenuación con **múltiples quistes "en racimos" de tamaño variable (< 2 cm)**, que afectan al **lóbulo medio y al lóbulo superior derecho** como caso inusual.

QUISTES MÚLTIPLES/DIFUSOS

PASO 3: ¿Asociado a nódulos?

○ HISTIOCITOSIS PULMONAR DE CÉLULAS DE LANGERHANS

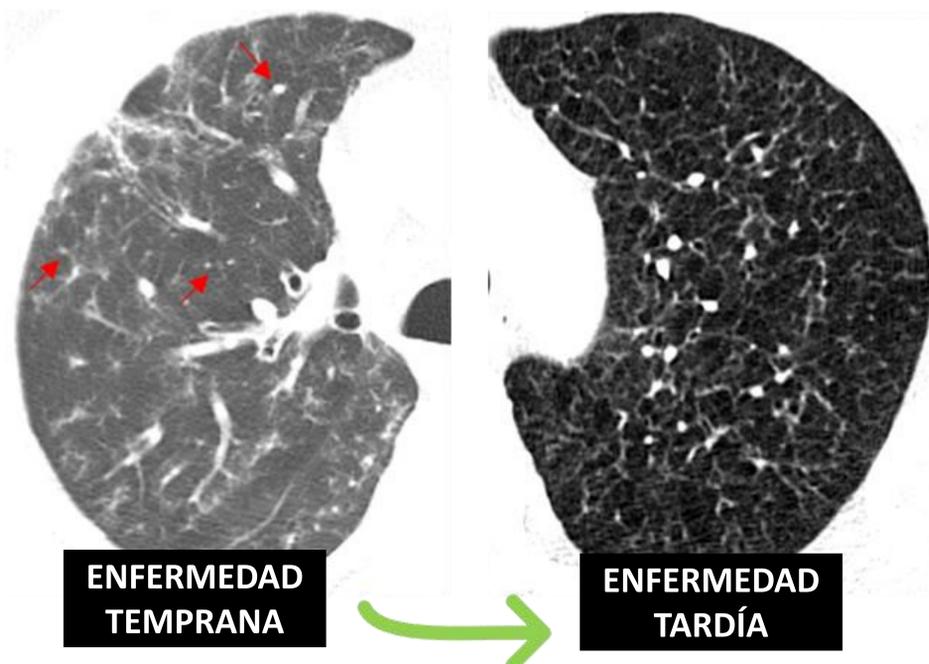
La histiocitosis de células de Langerhans se caracteriza por la **proliferación e infiltración de histiocitos CD1⁺ de células de Langerhans** que dan lugar a nódulos intersticiales, que posteriormente pueden cavitarse y formar quistes de paredes gruesas y finas, que se cree que son secundarios al agrandamiento de las luces de las vías respiratorias.



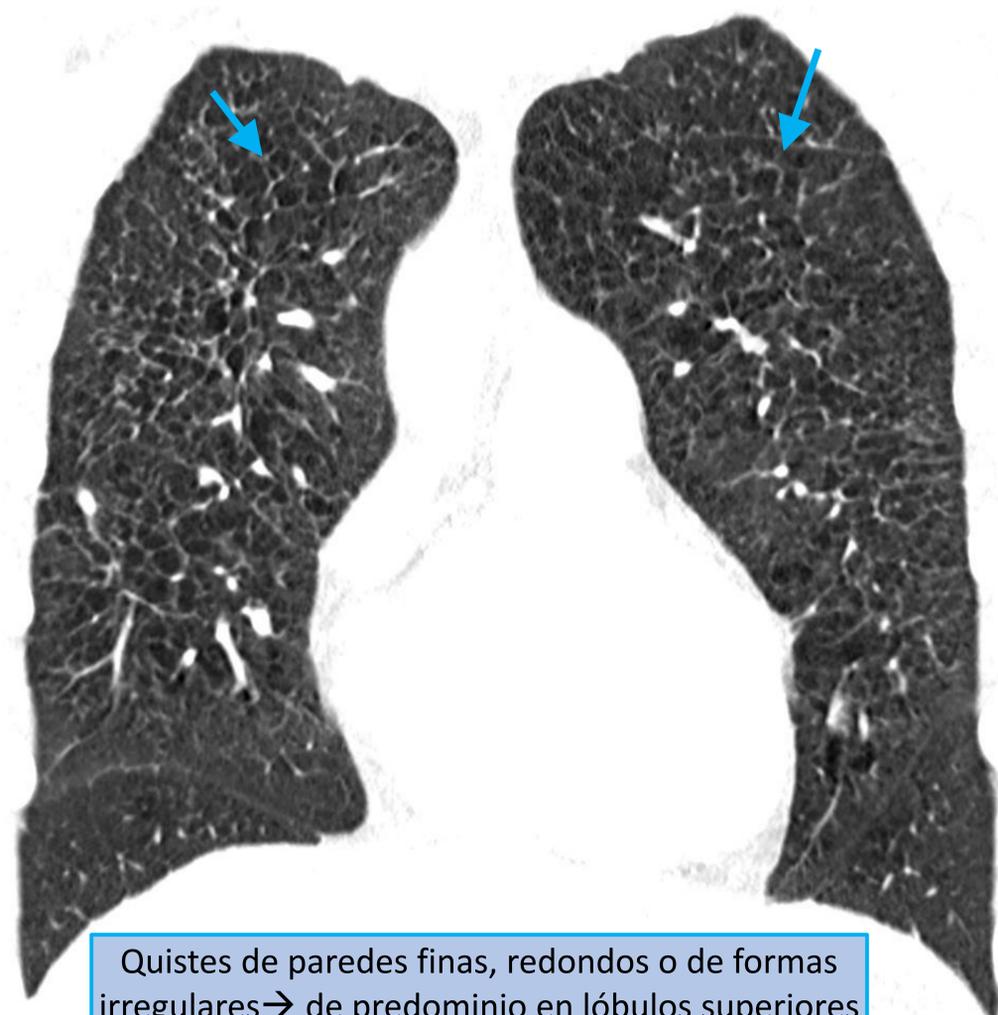
Se identifica en **adultos jóvenes** (entre 20-40 años) con antecedentes de **tabaquismo**.

Los síntomas comunes incluyen **tos y disnea**.

Radiológicamente, se define por **pequeños nódulos centrilobulillares** (<5 mm de diámetro con márgenes irregulares) *en la enfermedad temprana*, y **espacios aéreos quísticos de paredes finas** (< 10 mm de diámetro), generalmente redondos o de formas irregulares, *en la enfermedad tardía*, con predominio de los lóbulos superiores o campos medios, con **respeto de los ángulos costofrénicos preservados**.

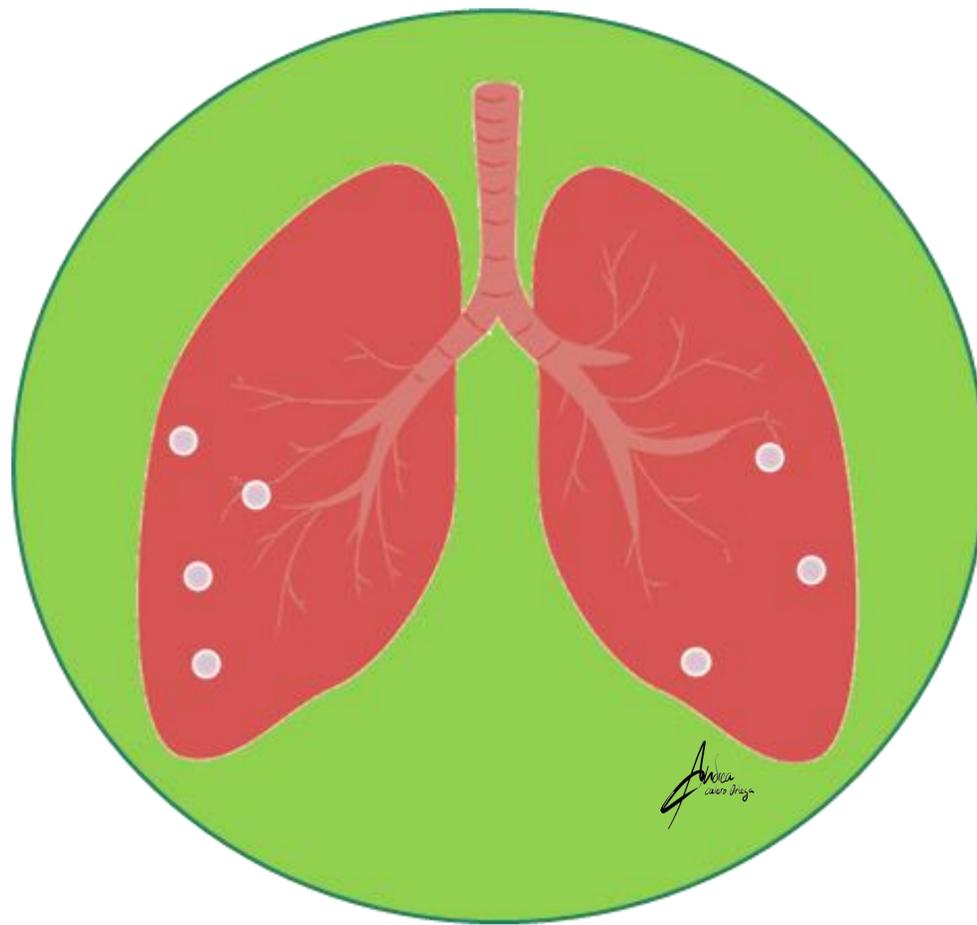


Evolución temporal típica: de **nódulos centrilobulillares** (flechas rojas) a numerosos **quistes** bilaterales predominantemente de diversos tamaños de predominio en lóbulos superiores.



Quistes de paredes finas, redondos o de formas irregulares → de predominio en lóbulos superiores

○ METÁSTASIS PULMONARES QUÍSTICAS



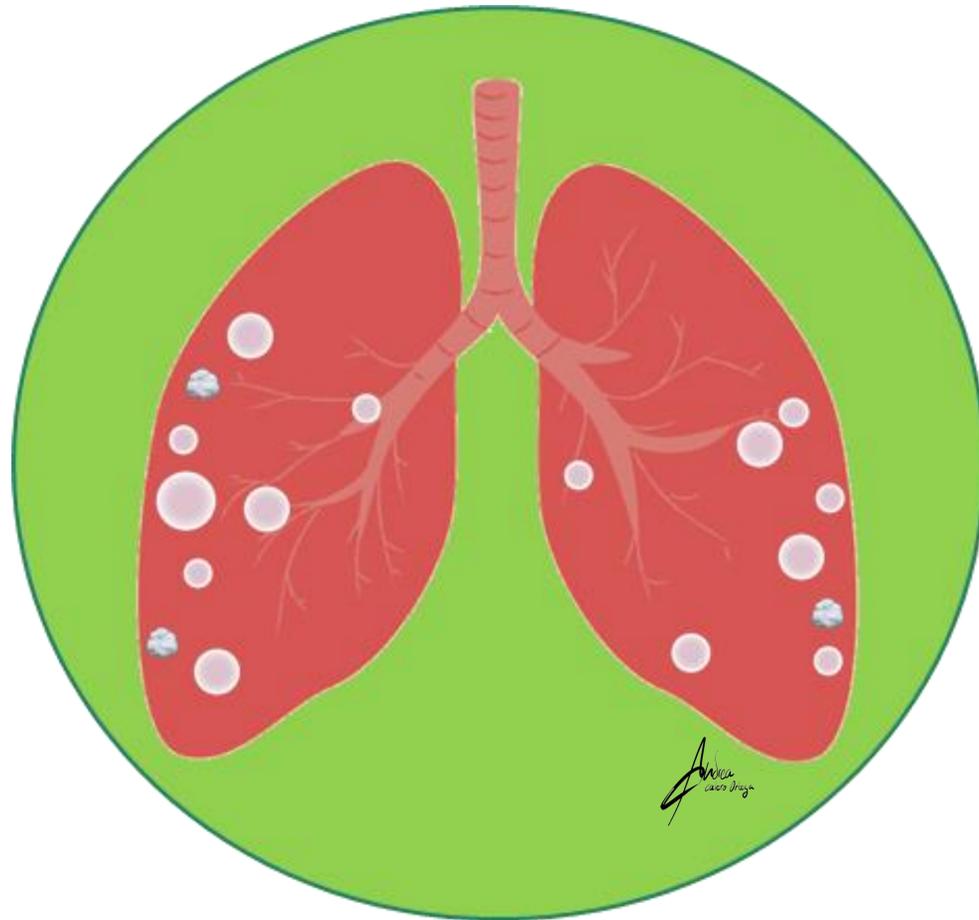
Las metástasis pulmonares quísticas se observan con mayor frecuencia en pacientes con **angiosarcoma** o **carcinoma de células escamosas**, principalmente en la cabeza y el cuello.

Radiológicamente, se visualiza como múltiples nódulos sólidos y múltiples quistes de paredes finas, mezclados con cambios hemorrágicos.

Existe una **gran variabilidad en el grosor de la pared**, con **niveles hidroaéreos** en su interior con vasos o bronquios que penetran hacia los quistes.

Por tanto, si se visualizan lesiones pulmonares quísticas en pacientes con una neoplasia maligna conocida, se debe sospechar la presencia de enfermedad metastásica.

○ AMILOIDOSIS PULMONAR



La amiloidosis pulmonar es relativamente rara, puede presentarse acompañada de **síndrome de Sjögren** y **linfoma del tejido linfoide asociado a mucosas**.

Radiológicamente, se presenta como **numerosos quistes pulmonares** (suelen ser >10), normalmente **de localización peribroncovascular o subpleural**, y frecuentemente asociados a **nódulos**, que suelen estar calcificados.

Los quistes suelen ser múltiples, redondos o lobulados, de tamaño pequeño a moderado y de paredes finas.

Otros hallazgos asociados son: engrosamiento septal interlobular, patrón en panal de abejas, opacidades densidad vidrio deslustrado, engrosamiento circunferencial de la pared traqueal y adenopatías.

QUISTES MÚLTIPLES/DIFUSOS

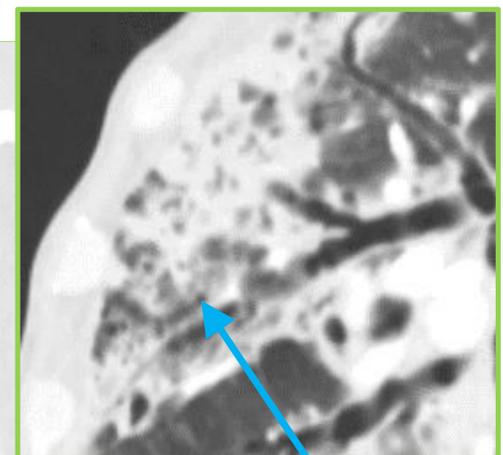
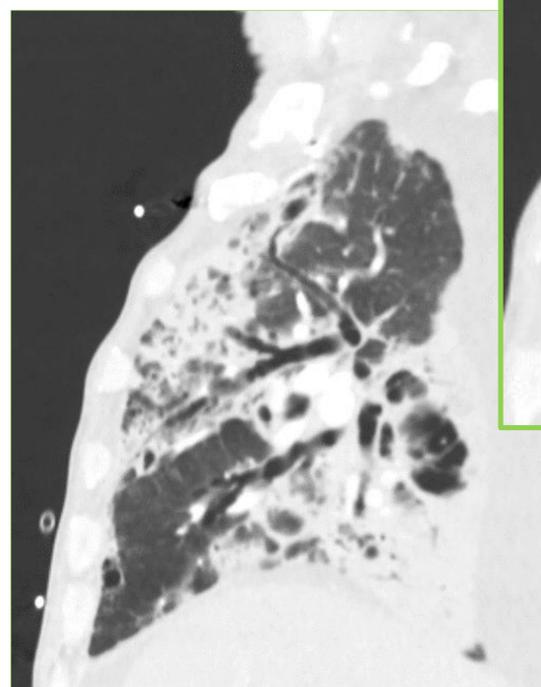
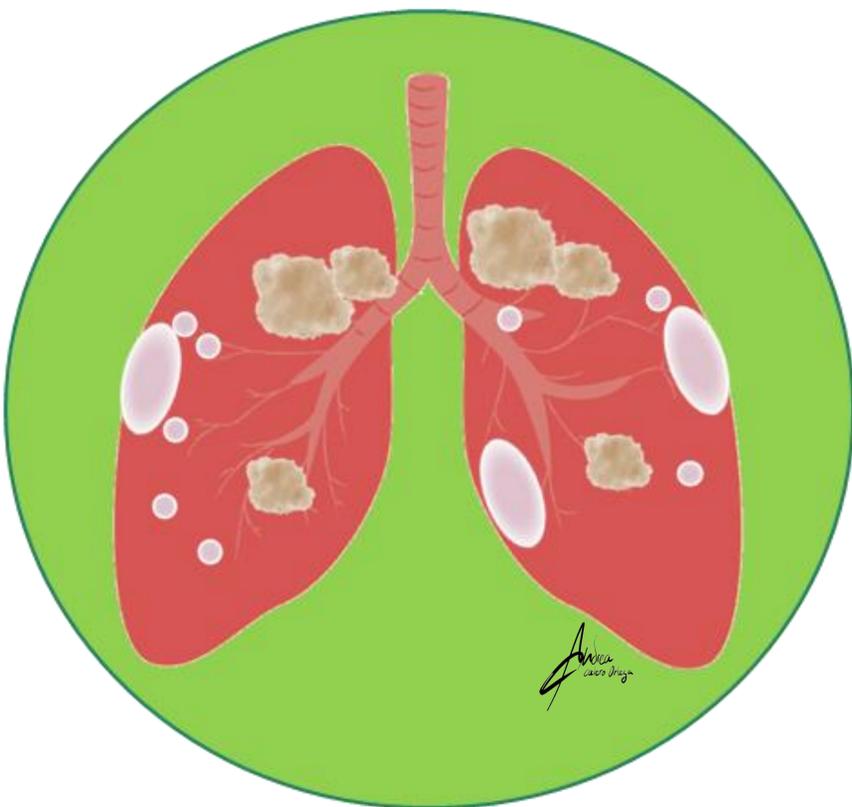
PASO 3: ¿Asociado a opacidades densidad vidrio deslustrado?

○ NEUMONÍA PNEUMOCISTIS JIROVECI

Se trata de una **infección fúngica** en pacientes **INMUNODEPRIMIDOS**, como la infección por el VIH.

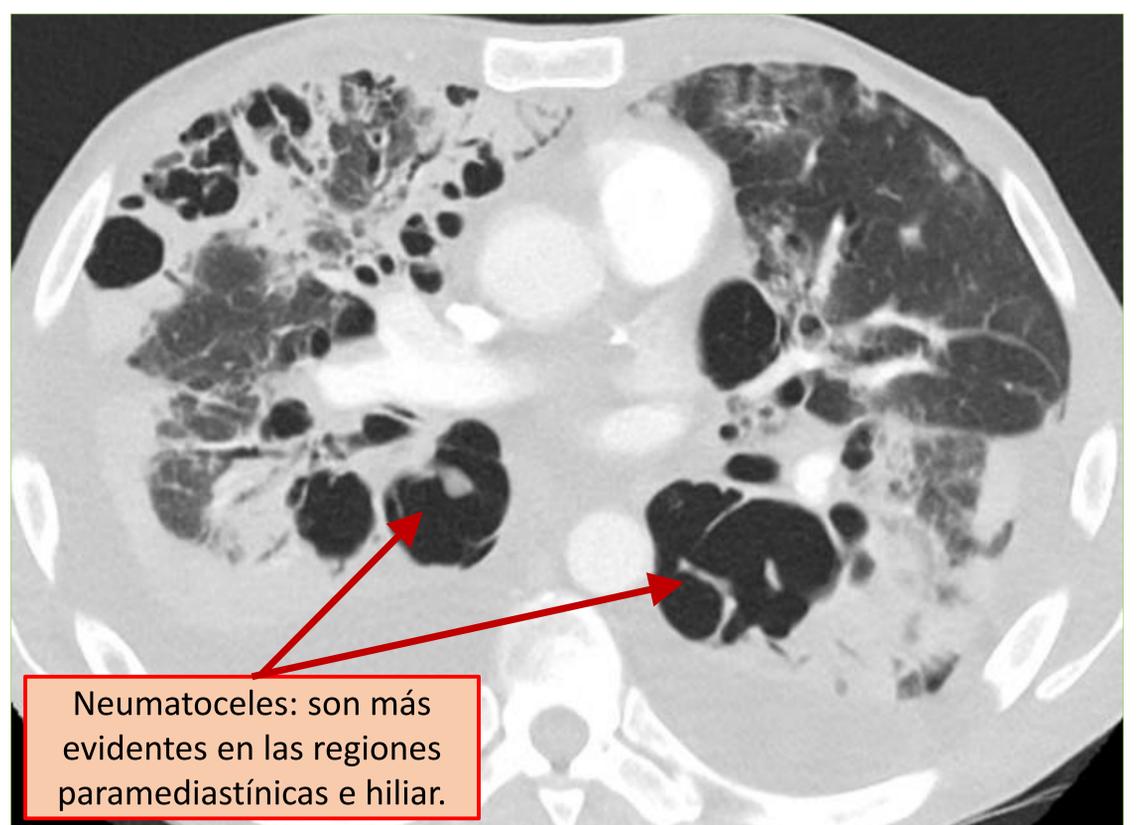
Radiológicamente, se observan **opacidades densidad vidrio deslustrado**, con un patrón **bilateral, multifocal** y principalmente **simétrico**, distribuidas sobre todo en los **campos pulmonares centrales y superiores**. También puede visualizarse **reticulación** y engrosamiento septal en "**patrón de empedrado**". En el 30% de los casos se observan pequeños quistes de paredes finas y neumatoceles.

El derrame pleural es raro.



Engrosamiento intersticial septal y subpleural, así como, bronquiectasias de predominio en lóbulos inferiores.

Varón de 56 años diagnosticado de VIH. TC axial y sagital muestran una **afectación parenquimatosa pulmonar bilateral con múltiples opacidades densidad vidrio deslustrado** distribuidas difusamente en ambos pulmones, con un **ligero predominio central y perihiliar**, y tendencia a la **consolidación en los segmentos basales**.



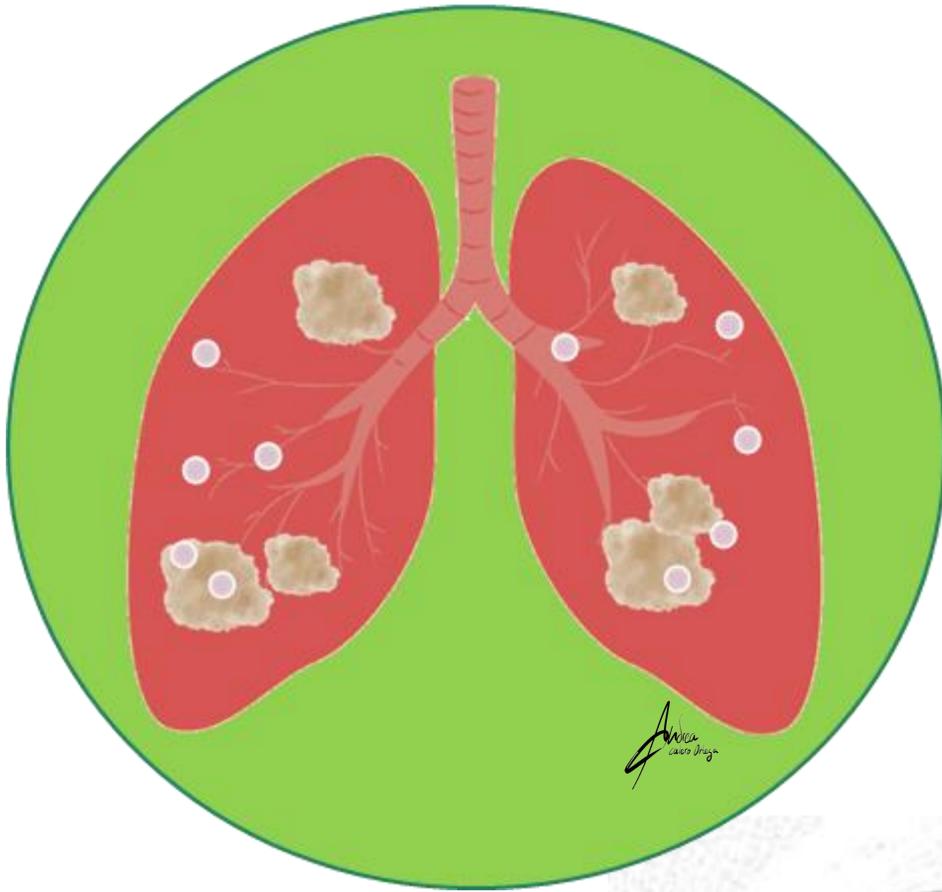
Neumatoceles: son más evidentes en las regiones paramediastínicas e hilar.

○ NEUMONÍA INTERSTICIAL DESCAMATIVA

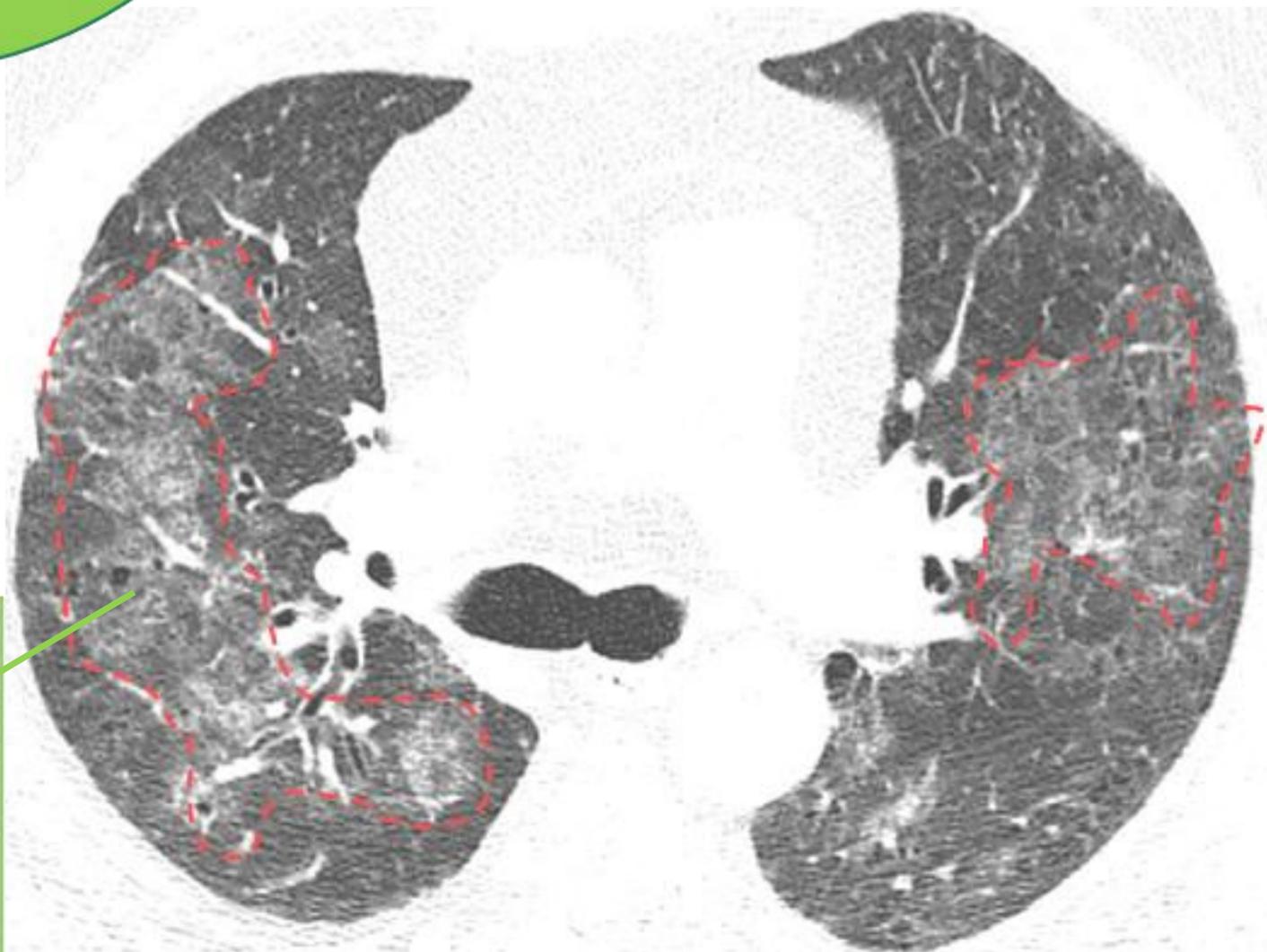
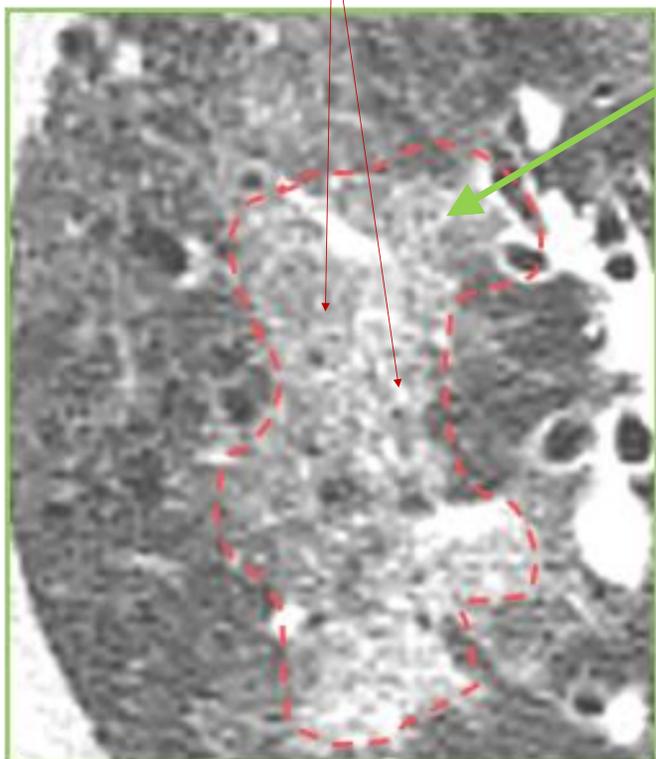
Se caracteriza por la acumulación de numerosos macrófagos pigmentados.

Hasta el 90% de los pacientes con neumonía intersticial descamativa tienen antecedentes de **tabaquismo**.

Radiológicamente, se visualizan **quistes de paredes finas, bien definidos, dentro de opacidades densidad vidrio deslustrado**, con predilección por las **bases pulmonares** y de predominio en la **periferia**.



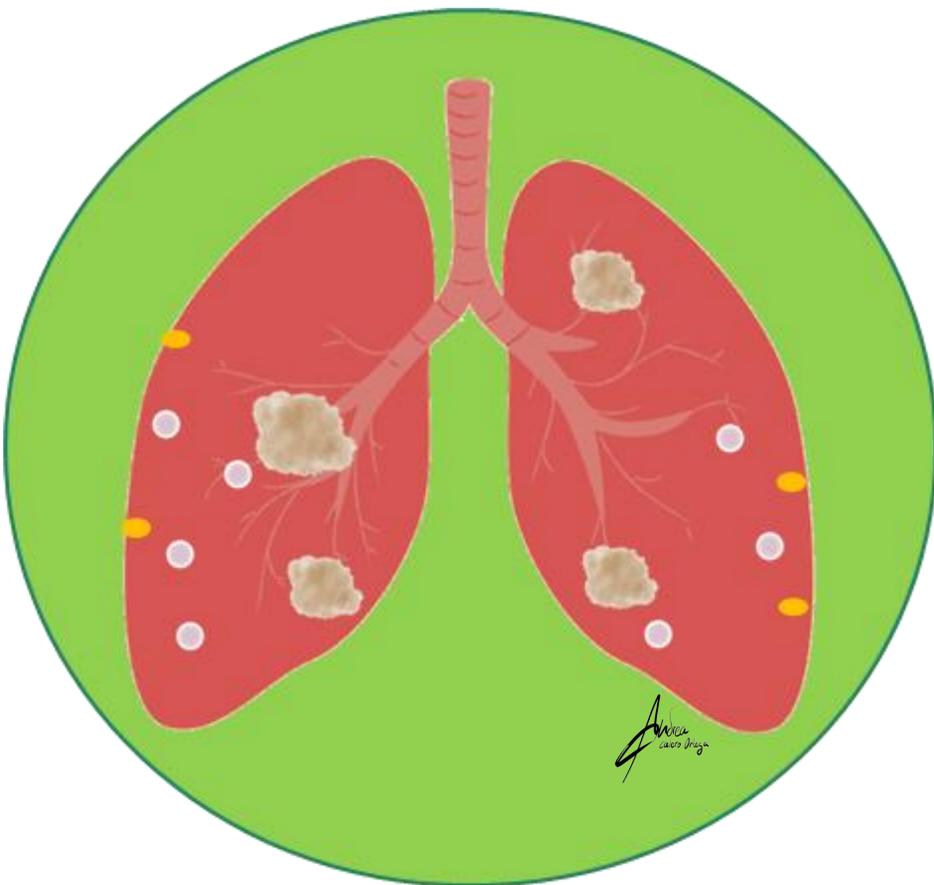
Quistes de paredes finas dentro de opacidades densidad vidrio deslustrado



TC torácico de alta resolución en axial e imagen en detalle que muestran una **afectación parenquimatosa pulmonar bilateral**, de predominio en los **lóbulos superiores**, consistente en **opacidades difusas densidad vidrio deslustrado**, ligera reticulación periférica, bronquiloectasias y bronquiectasias por tracción.

○ NEUMONÍA INTERSTICIAL LINFOIDEA

Es una enfermedad linfoproliferativa policlonal benigna infrecuente, asociada mayoritariamente al **síndrome de Sjögren**.

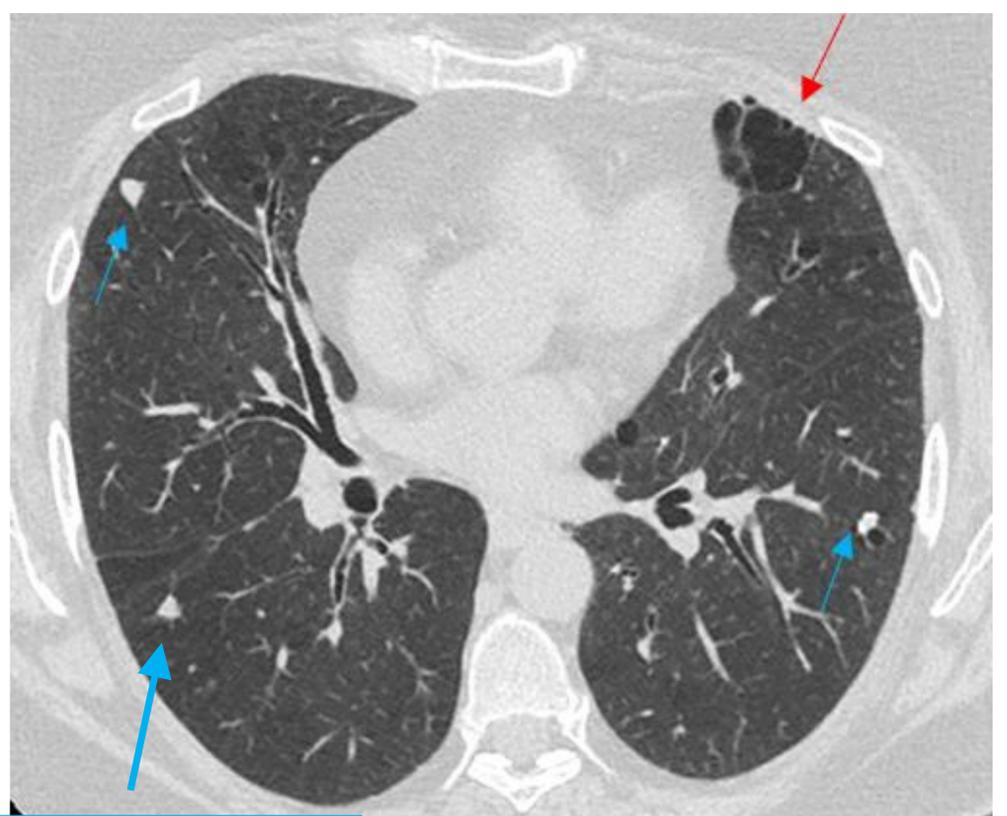


Presenta **quistes** pulmonares en el 68% de los pacientes, de **distribución difusa**, con predominio en regiones **subpleurales y peribroncovasculares**, asociado a opacidades **densidad vidrio deslustrado**, **nódulos centrilobulares y subpleurales mal definidos**, así como, **engrosamiento peribroncovascular**.

Con el tiempo la enfermedad pulmonar cursa con **resolución de las opacidades densidad vidrio deslustrado**, quedando de manera residual y crónica pequeños quistes.

El derrame pleural o la consolidación del espacio aéreo son extremadamente raros.

Pequeños quistes de **paredes finas (flechas rojas)**, con predominio en **regiones subpleurales**



Nódulos subpleurales

Las imágenes axiales de TC muestran una **afectación parenquimatosa pulmonar bilateral** con múltiples **quistes aéreos de paredes finas** de tamaño variable, distribuidos aleatoriamente en todos los lóbulos pulmonares. Múltiples **nódulos pulmonares sólidos milimétricos** de localización **subpleural**.

QUISTES MÚLTIPLES/DIFUSOS

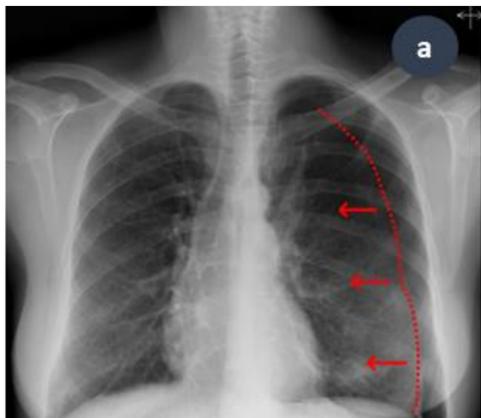
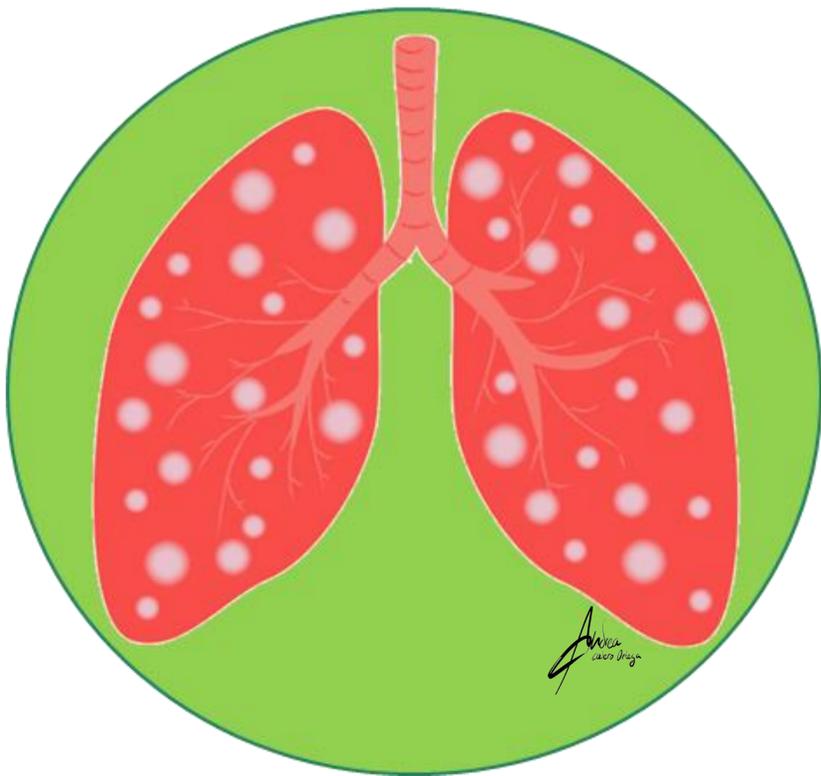
PASO 3: ¿No asociada a nada?

○ LINFANGIOLEIOMIOMATOSIS

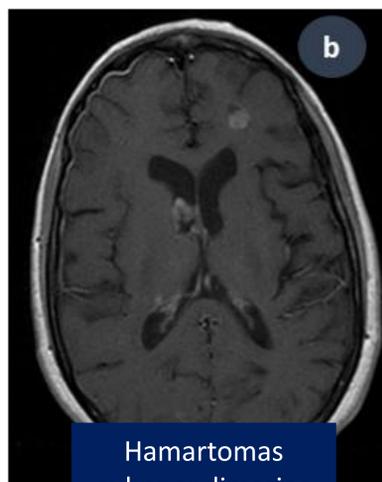
La linfangioleiomiomatosis se caracteriza por la infiltración de nódulos o pequeños grupos de células musculares lisas en las vías respiratorias y/o a lo largo de los vasos linfáticos.

Puede ser esporádica, pero es más frecuente en pacientes con **complejo de esclerosis tuberosa**. Se da casi exclusivamente en **mujeres en edad fértil**.

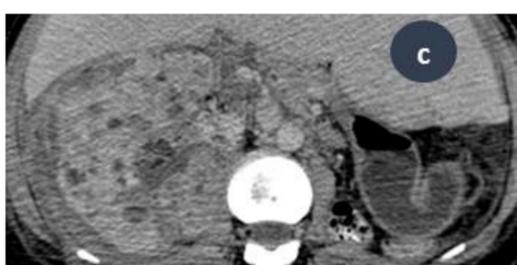
El **neumotórax** suele preceder al diagnóstico (80%).



Neumotórax izquierdo con colapso parcial del pulmón



Hamartomas subependimarios



Angiomiolipoma renal complicado con hematoma retroperitoneal



Angiofibroma periungueal

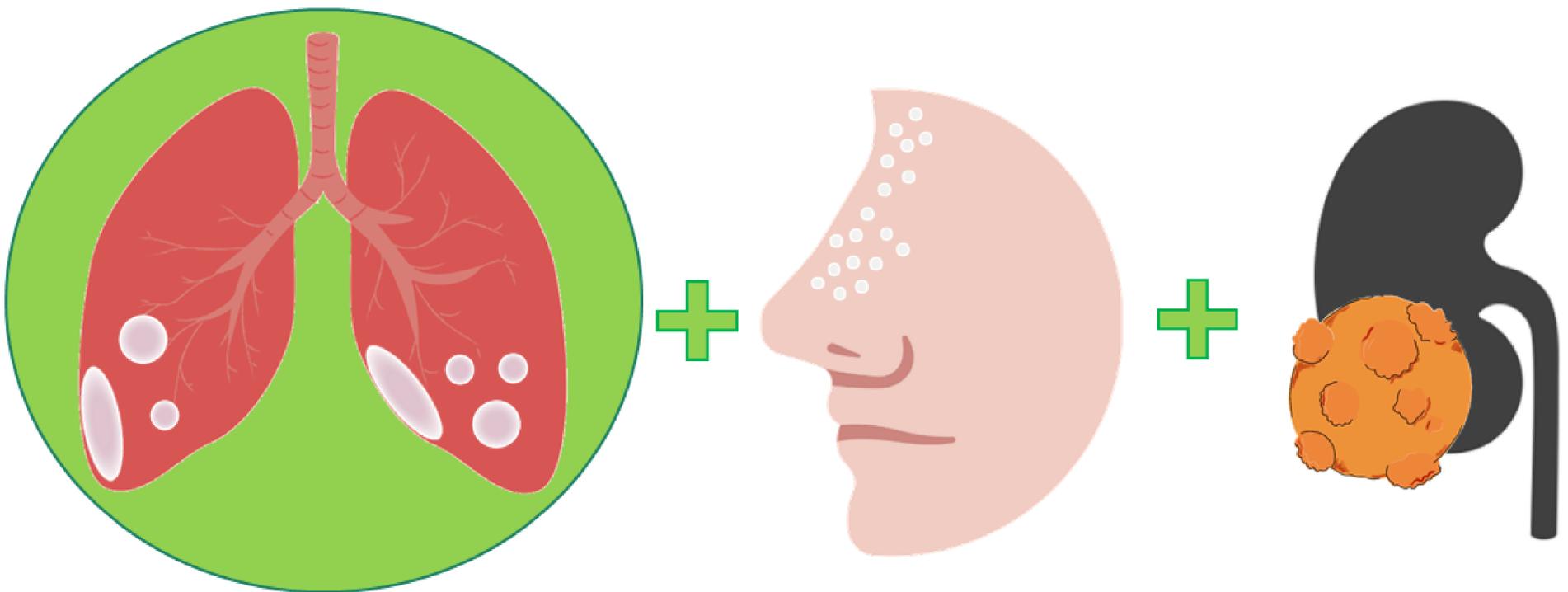
TC coronal de alta resolución muestra **numerosos quistes bien circunscritos, redondeados, de paredes finas, de distribución difusa y bilateral**, de tamaño variable, rodeados de parénquima pulmonar normal. **No hay predominio lobar** (los ángulos costofrénicos están afectados).

○ SÍNDROME BIRT-HOGG-DUBÉ

Se trata de un trastorno autosómico dominante poco frecuente caracterizado clínicamente por **QUISTES PULMONARES de paredes finas**, de distribución difusa, con predominio de la zona pulmonar inferior y periférica, asociado a tumores cutáneos (**FIBROFOLICULOMAS CUTÁNEOS**, que afectan predominantemente a la cara, el cuello y la parte superior del tronco) y, sobre todo, **TUMORES RENALES**, que van desde **oncocitomas benignos** a **carcinomas malignos de células renales**.

Consiste en mutaciones en el **gen de la foliculina** (FLCN) localizado en el cromosoma **17p11.2**, que conducen a una pérdida del supresor tumoral FLCN. Clínicamente, el 75% de los pacientes con BHD presentan neumotórax recurrente espontáneo.

El 75% de los pacientes presentan neumotórax recurrente espontáneo.



Radiológicamente, consiste en **quistes pulmonares bilaterales**, de **paredes finas**, rodeados de parénquima pulmonar normal.

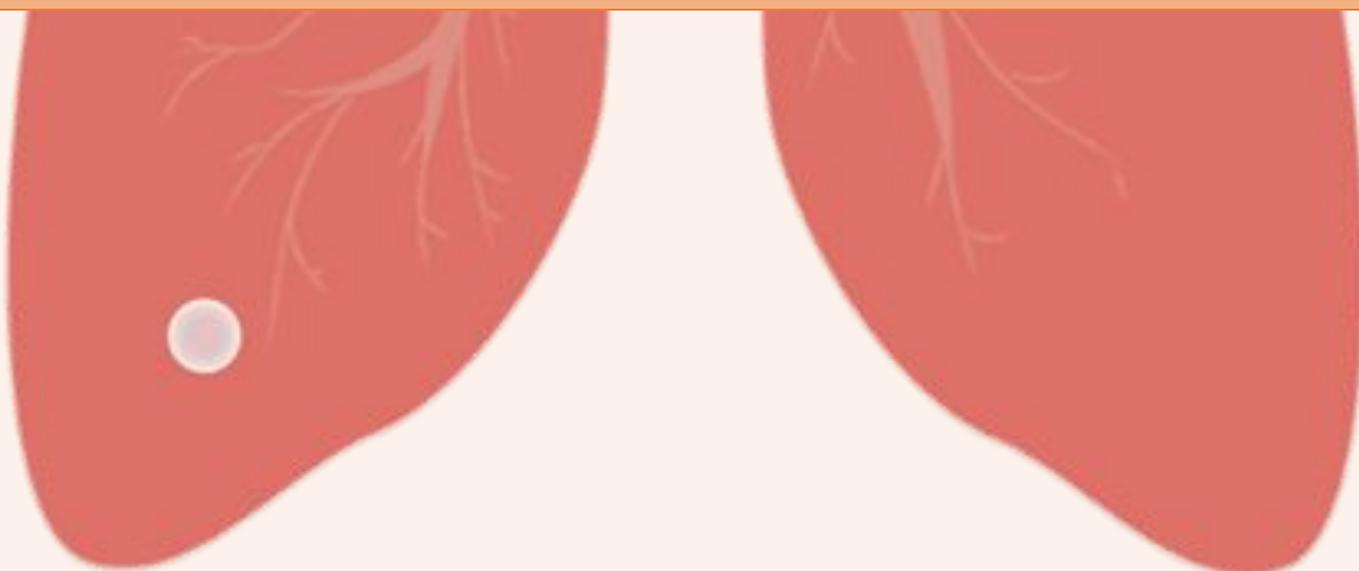
La forma y el tamaño de los quistes es variable: suelen ser redondos, ovalados, lenticulares o irregulares.

Presenta un predominio en los **campos pulmonares inferiores**, de localización **periférica** y en algunos casos a lo largo de las fisuras, y también paramediastínico.

La presencia de neumotórax espontáneo en un adulto joven, con antecedentes familiares de neumotórax, lesiones cutáneas o tumores renales, debe indicar la posibilidad de síndrome de Birt-Hogg-Dubé.

3 Conclusiones:

- La frecuente **superposición de los hallazgos radiológicos** de las enfermedades pulmonares con quistes **promueve el importante papel del radiólogo**, para reconocer los diferentes patrones y diferenciar cada una de las entidades patológicas.
- Es importante diferenciar un verdadero quiste de una **“lesión similar a quiste”**, mediante la valoración de características morfológicas, de distribución y otros hallazgos asociados.
- Una vez determinado que se trata de quistes verdaderos debemos seguir un **algoritmo diagnóstico** que nos ayude a diferenciar entre un quiste simple o las diferentes enfermedades pulmonares quísticas.



3

Referencias:

1. Lee K-C, Kang E-Y, Yong HS, Kim C, Lee KY, Hwang SH, et al. A stepwise diagnostic approach to cystic lung diseases for radiologists. Korean J Radiol [Internet]. 2019;20(9):1368. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3348/kjr.2019.0057>
2. Webb WR, Muller NL, Naidich DP. High-resolution CT of the lung. 5a ed. Baltimore, MD, Estados Unidos de América: Wolters Kluwer Health; 2014.
3. Durhan G, Ardali Duzgun S, Akpınar MG, Demirkazık F, Arıyürek OM. Imaging of congenital lung diseases presenting in the adulthood: a pictorial review. Insights Imaging [Internet]. 2021;12(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13244-021-01095-2>
4. Seaman DM, Meyer CA, Gilman MD, McCormack FX. Diffuse cystic lung disease at high-resolution CT. AJR Am J Roentgenol [Internet]. 2011;196(6):1305–11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2214/ajr.10.4420>
5. Algorithmic Diagnostic Approach to Cystic Lung Disease: What Radiologists Should Know. A. Calero Ortega, M. M. Merideño García, J. López Martín, E. Ponte, J. Tejedor Toquero, M. S. Paez Alvarez, E. F. Berríos, V. Esteban Izquierdo, A. D. Onuta; Toledo/ES. Poster Number: C-14778

