

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

NIVELES HIDROAÉREOS EN RADIOLOGÍA

TORÁCICA

Santiago García Rodríguez, Lucía Berma Gascón,
Adrián Marín Rodríguez, Elena García García, Antonio
Adarve Castro

Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga

OBJETIVOS

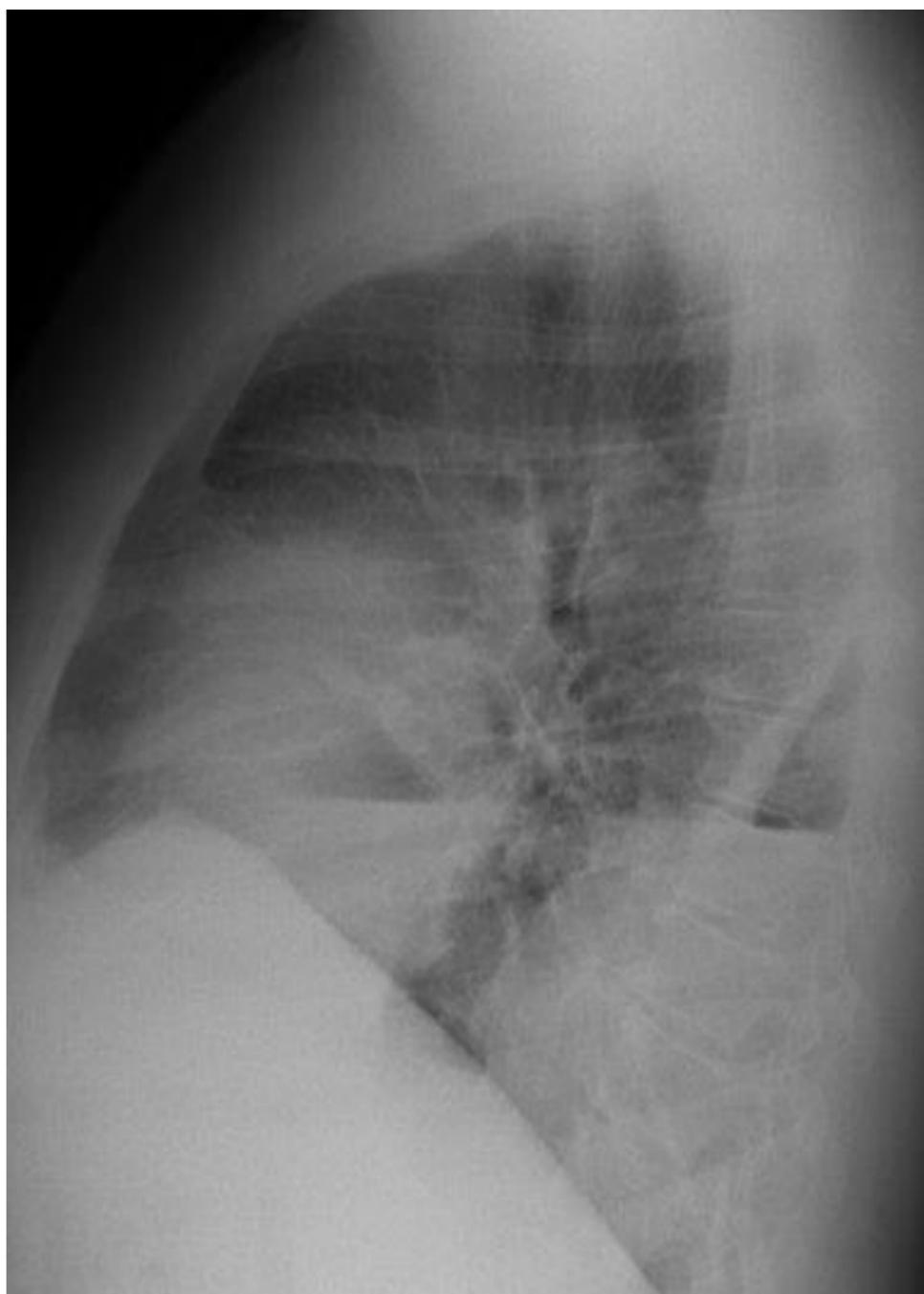
- Los niveles hidroaéreos son un hallazgo habitual en la RX de tórax, principalmente en pacientes ingresados y de urgencias.
- Es importante tener dos proyecciones torácicas (PA y L) para su detección y correcta interpretación.
- Se presentaran una serie de casos haciendo hincapié en la importancia de tener una rx de tórax con buena técnica e información clínica completa.

PACIENTE 1

- Mujer de 50 años, no AP de interés.
- Ingreso por neumonía debida a Covid con derrame pleural paraneumónico izquierdo que requiere drenaje pleural en diciembre de 2020.
- Reingreso un mes después por disnea y reaparición de derrame pleural izquierdo, que requiere nuevamente colocación de tubo drenaje pleural.

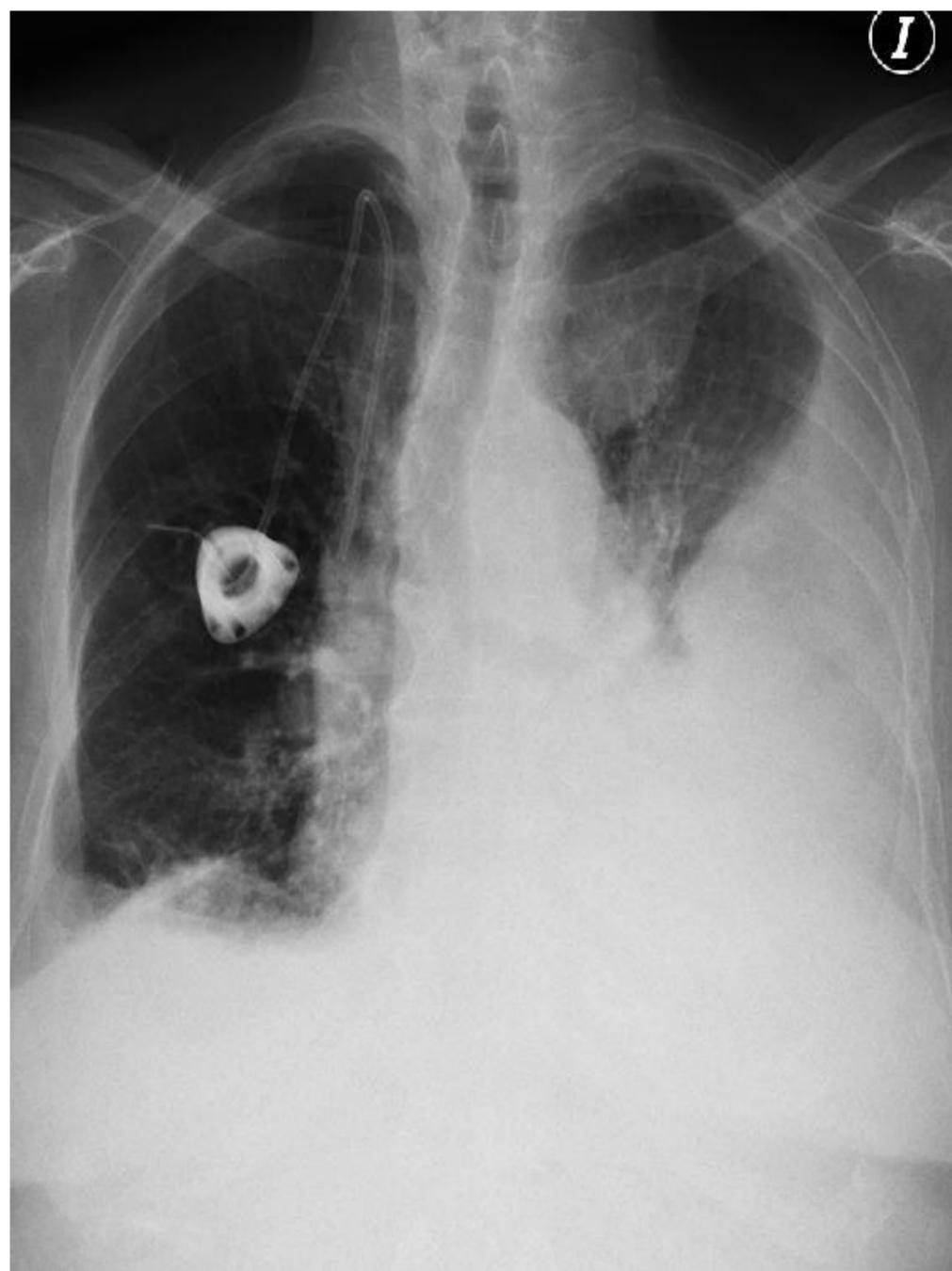
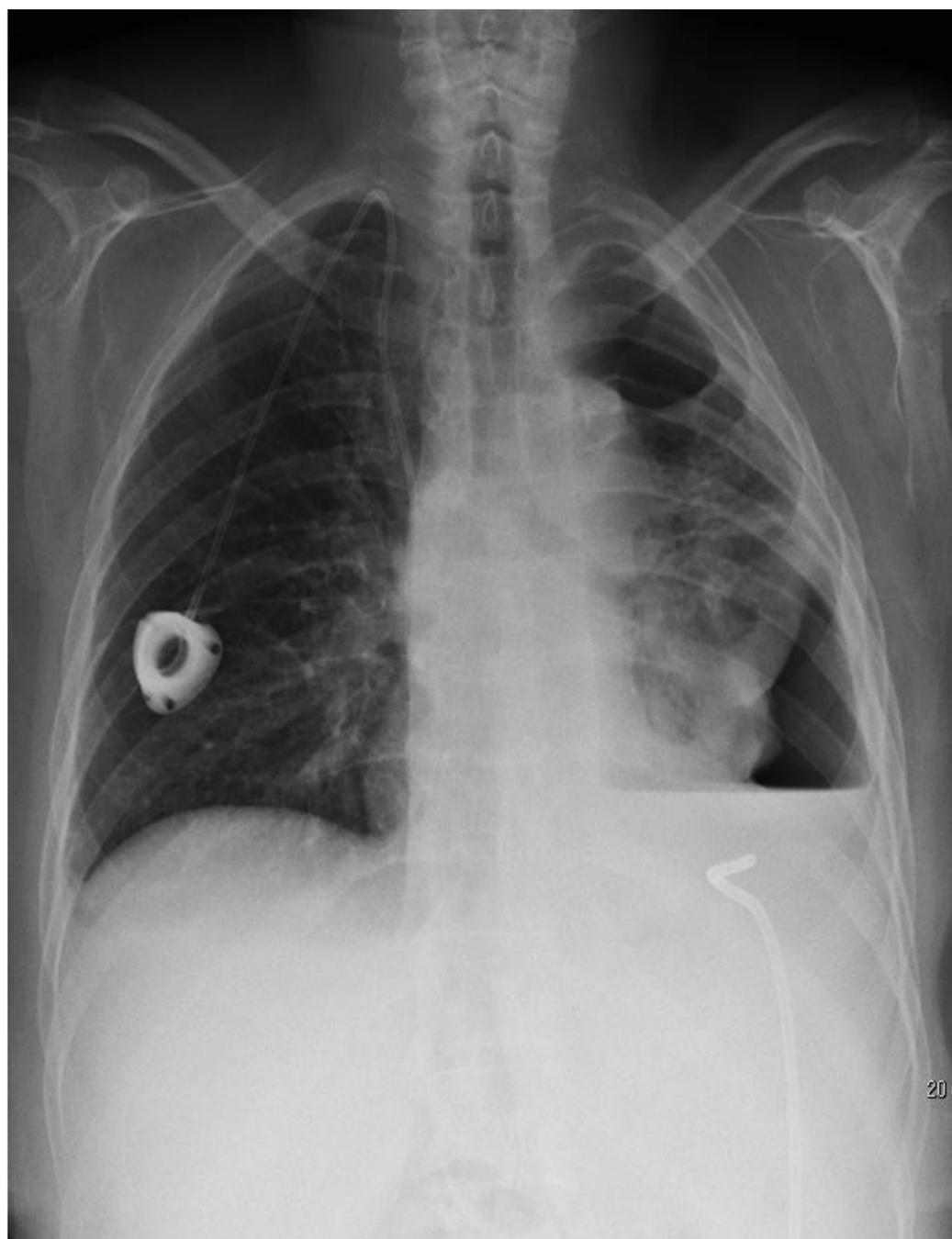
¿Qué aparece tras drenaje?

HIDRONEUMOTÓRAX



Coexistencia de aire y líquido en cavidad pleural izquierda que forma un nivel hidroaereo.

Causas: traumatismo, toracocentesis, fístula broncopleural.



En la imagen de la derecha, observamos un derrame pleural izquierdo severo, mientras que, en la de la izquierda, un hidroneumotórax con tubo de drenaje pleural.

CLAVE: NIVEL AIRE-LÍQUIDO RECTO en el hidroneumotórax, en oposición al MENISCO del derrame pleural

PACIENTE 2

- Varón ex fumador, 75 años
- IPA muy elevado, AP asma bronquial persistente severa, bronquiectasias quísticas colonizadas con HTP, temblor esencial, FA, polimedicado.
- Acude por tos, expectoración verdosa, sensación distérmica no termometrada y disnea de varios días de evolución.
- Eupneico, TA 120/77 mmHg, 37.9°C, sat 91%

BRONQUIECTASIAS QUÍSTICAS SOBREINFECTADAS



Son dilataciones irreversibles focales o difusas de la vía aérea. Suponen el tipo de bronquiectasias mas severas y la tercera causa de enfermedad inflamatoria crónica respiratoria tras asma y EPOC.

CAUSAS DE BRONQUIECTASIAS

Congénitas: Síndrome de Young, déficit de alfa 1 antitripsina, discinesia ciliar primaria, secuestro pulmonar, fibrosis quística, inmunodeficiencias primarias.

Adquiridas: aspergilosis broncopulmonar alérgica, amiloidosis, inmunodeficiencias secundarias, postinfecciosas, postransplante, secundarias a procesos obstructivos localizados, sarcoidosis, endometriosis, amiloidosis.

TIPOS DE BRONQUIECTASIAS

Cilíndricas: dilatación homogénea de vía aérea (cociente B/A > 1,5).

Varicosas: se alternan segmentos dilatados con no dilatados o estenosis a lo largo de la vía aérea dando aspecto de espiral o variz.

Quísticas: imágenes saculares arracimadas.

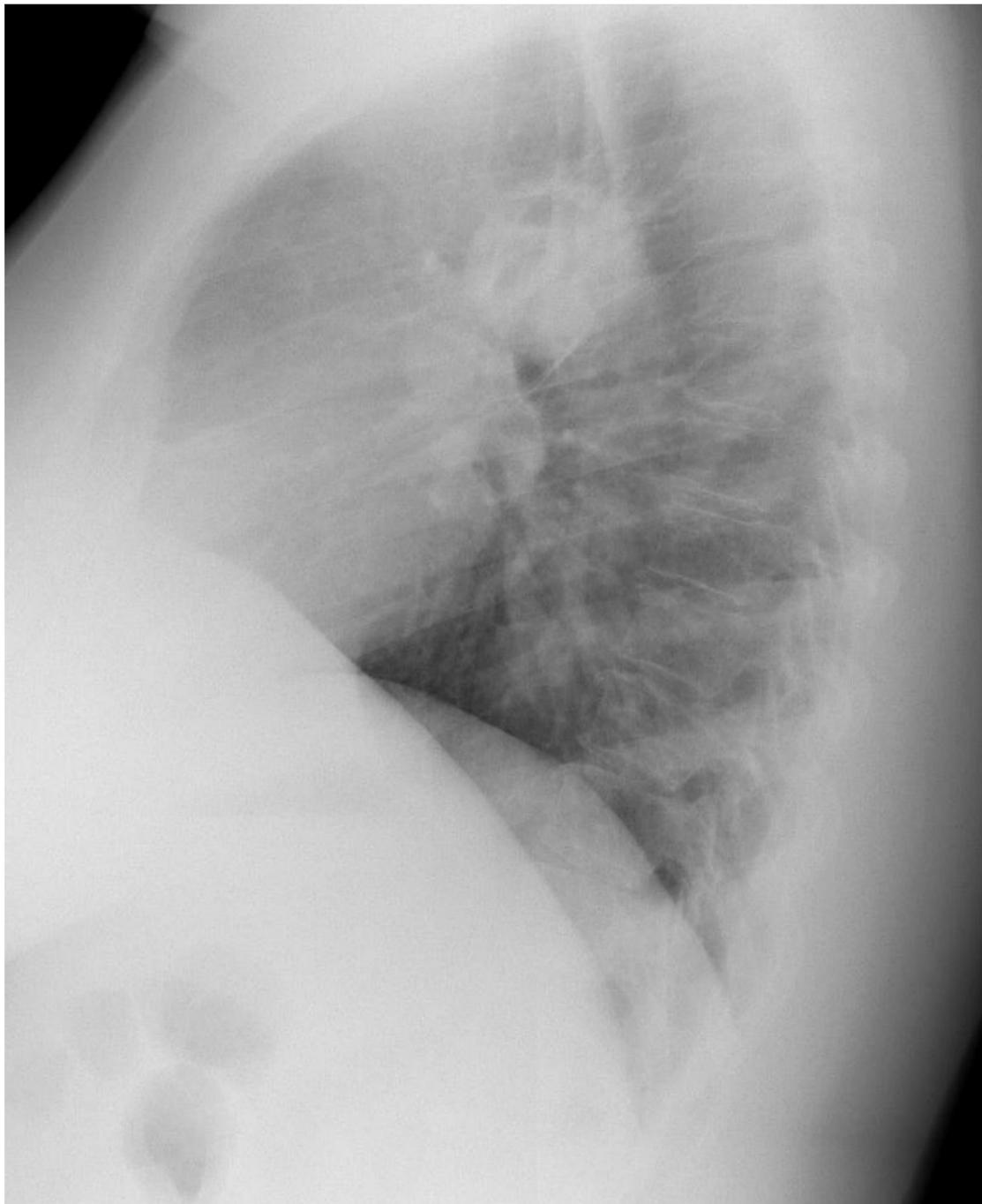
PACIENTE 3

- Paciente varón de 40 años, con AP de vasculitis ANCA asociada debut 2012, hipotiroidismo, anemia ferropénica.
- Tratamiento habitual: eutirox, omeprazol, azatioprina, lorazepam si precisa.
- Consulta de reumatología por disnea de una semana de evolución sin fiebre ni alteraciones cutáneas.

ENFERMEDAD DE WEGENER (Granulomatosis con poliangeítis)



- Vasculitis **necrotizante granulomatosa** crónica
- Afecta a vasos **medio** y **pequeño** tamaño
- **TRÍADA CLÁSICA:**
 - Rinitis/epistaxis
 - Tos/hemoptisis
 - Proteinuria/hematuria/HTA



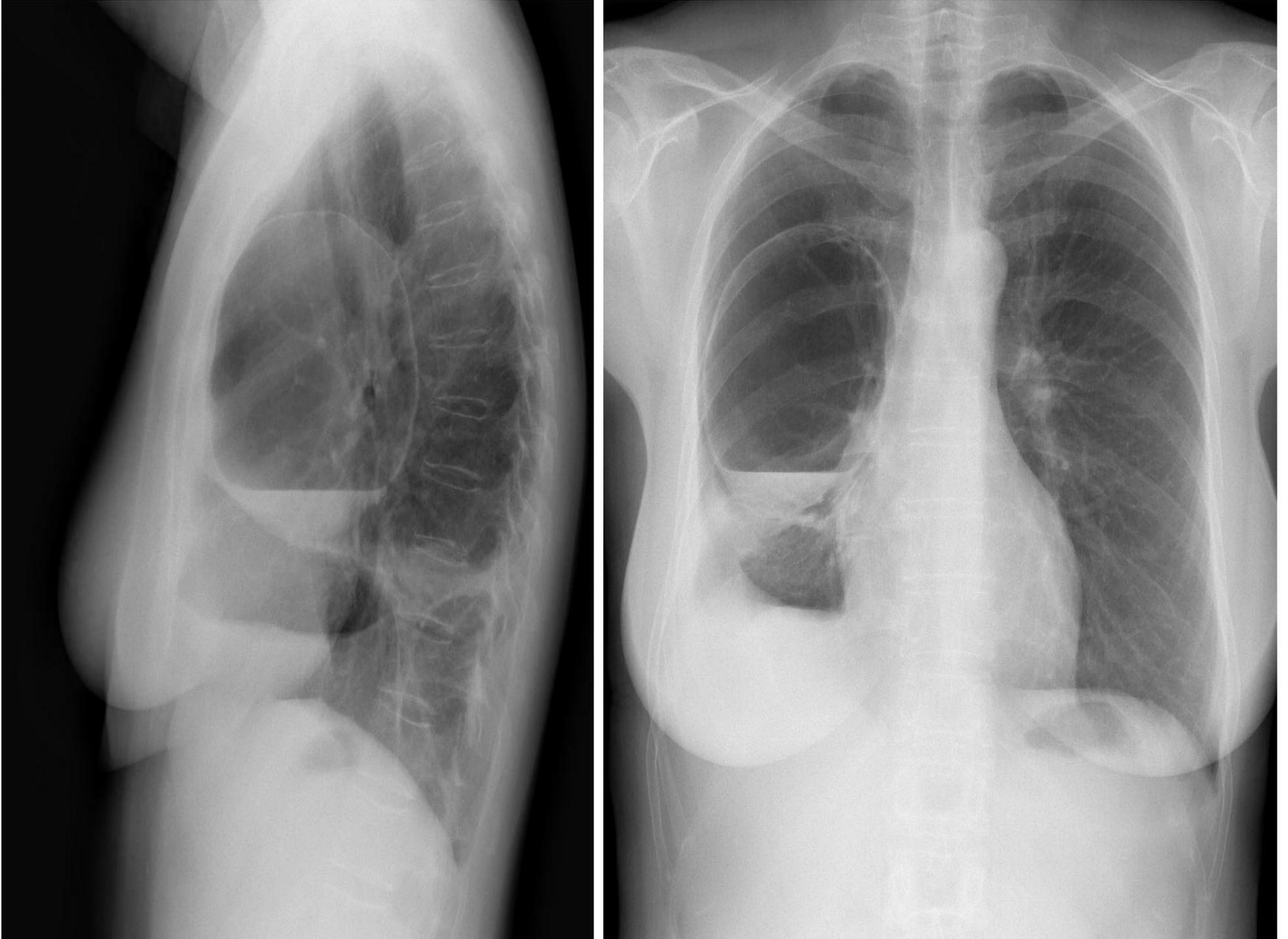
AFECCIÓN RADIOLÓGICA ENFERMEDAD WEGENER

- **Masas** pulmonares y **nódulos** (con/sin cavitación).
- Patrón intersticial **reticulonodular** de predominio bibasal.
- **Derrame** pleural.
- Opacidades alveolares o en vidrio deslustrado por **hemorragia alveolar**.

PACIENTE 4

- Mujer de 57 años
- AP glaucoma y cólicos renoureterales de repetición
- Acude a urgencias tras ver radiografía en consulta del médico de atención primaria.
- Presenta cuadro de dolor dorsal derecho de 2 semanas de evolución con febrícula.

QUISTE PULMONAR



- Redondeados, paredes finas bien definidas separados de la periferia pulmonar.
- Normalmente contienen aire (al revés que otras localizaciones del cuerpo, donde los quistes tienen contenido líquido), aunque pueden tener líquido/sólido
- Relativamente frecuentes en personas menores de 40 años y con bajo IMC
- No necesariamente asociados a enfisema/bullas
- Congénitos o adquiridos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

BULLAS

- Cavidades > 1 cm, subpleurales
- Pared fina
- Correlación cambios enfisematosos
- Cuando son muy grandes, pueden simular neumotórax
- Complicaciones: neumotórax, infecciones, hemorragias

BLEBS

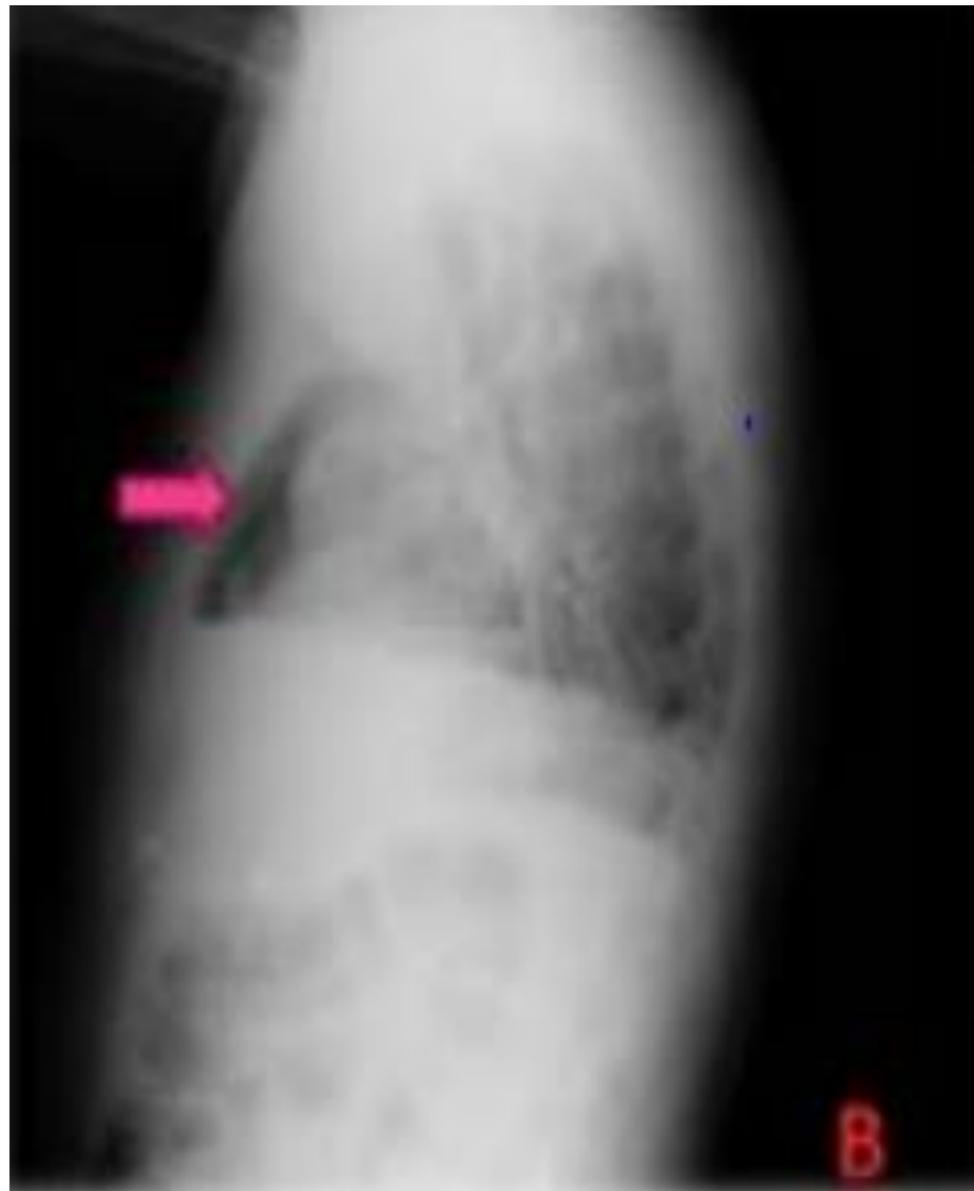
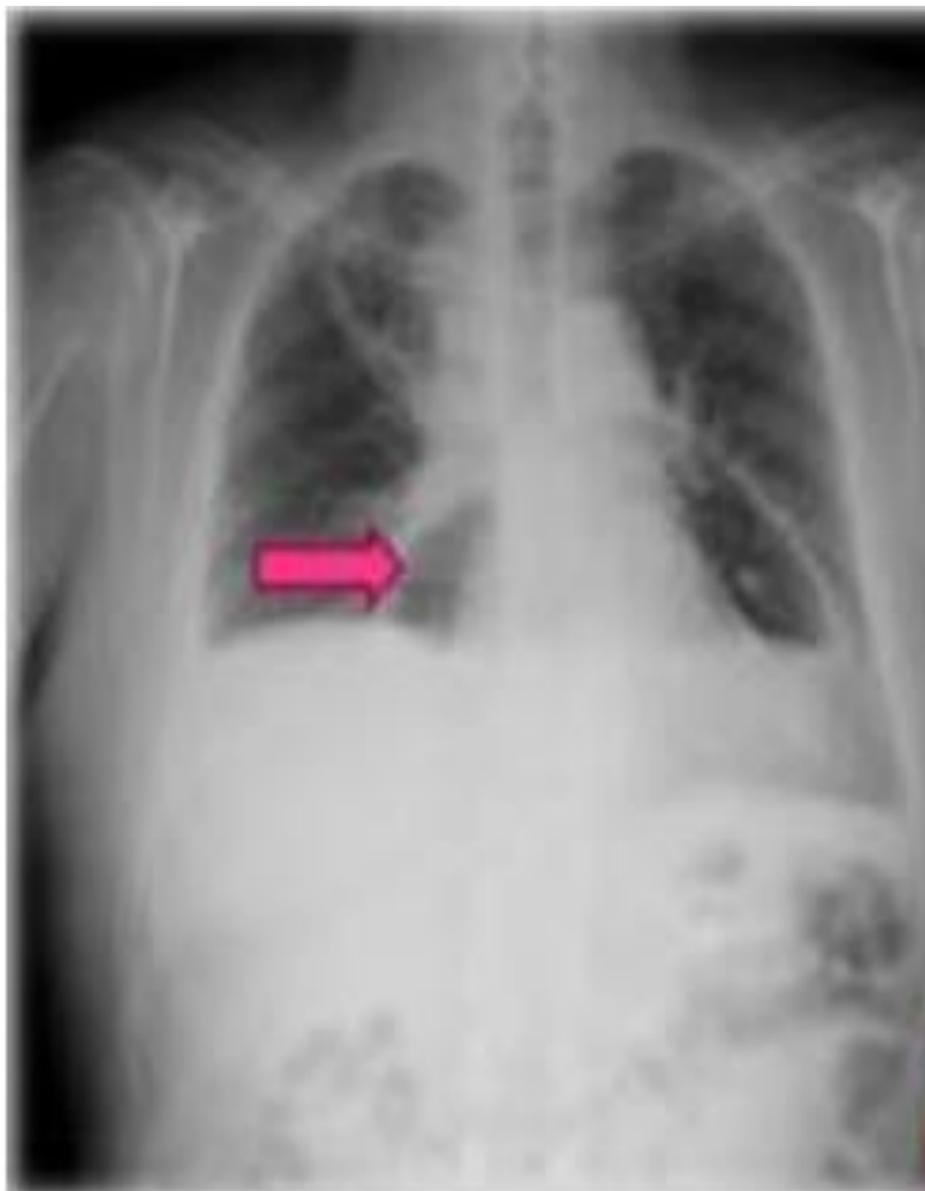
- Subpleurales, 1-2 cm
- Pared 1-2 mm
- Asintomáticos, pacientes jóvenes
- Más frecuente en delgados fumadores
- Su ruptura puede producir neumotórax

NEUMATOCELE

- Espacios quísticos bien definidos, **sin comunicación** con vía aérea
- Pared habitualmente **fina**
- Post **neumonía**, **laceración pulmonar** o daño pulmonar **VM** neonatos. Reversibles.

PACIENTE 5

- Varón 54 años sin antecedentes reseñables
- Acude al servicio de urgencias por dolor torácico de 4 días de evolución.
- Presenta importante barrera idiomática, motivo por el cual no se puede obtener información clínica completa.



HIDRONEUMOPERICARDIO

- Se observa una masa hiliar derecha
- Inicialmente, el nivel del mediastino se interpretó como una gran hernia de hiato
- Posteriormente, se averigua drenaje pericárdico previo que provocó esta entidad

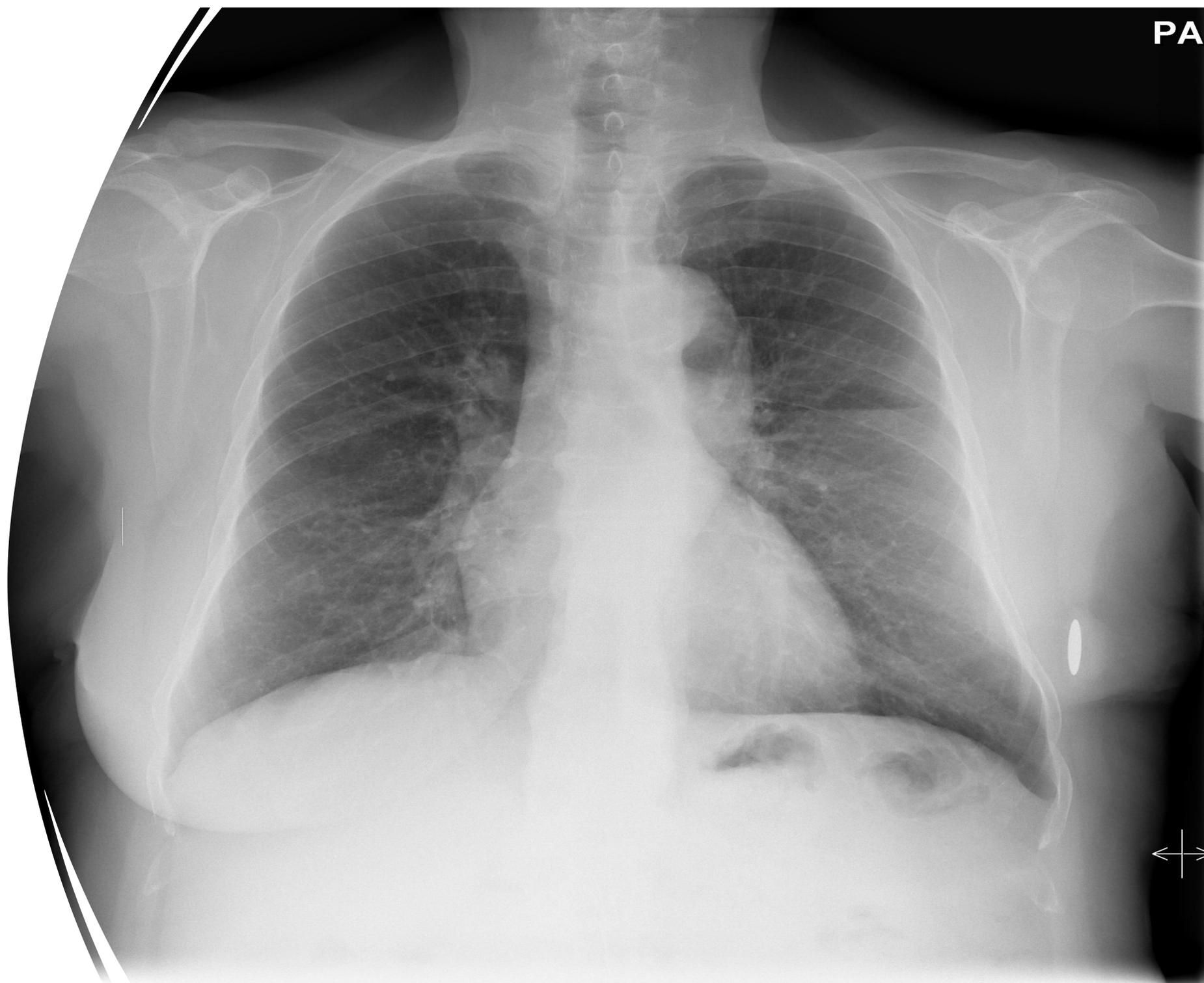


HIDRONEUMOPERICARDIO

- Presencia de líquido y aire en la cavidad pericárdica.
- Infrecuente en los adultos, buen pronóstico.
- Potencialmente grave.
- Más frecuente en paciente con pericardiocentesis por derrame pericárdico masivo, causa hidroneumopericardio iatrogénico.

PACIENTE 6

- Mujer de 60 años con antecedentes personales de cáncer de mama
- Se le hizo mastectomía izquierda, portadora en ese momento de expansor
- Acude porque presenta dolor costal y febrícula de varias semanas de evolución

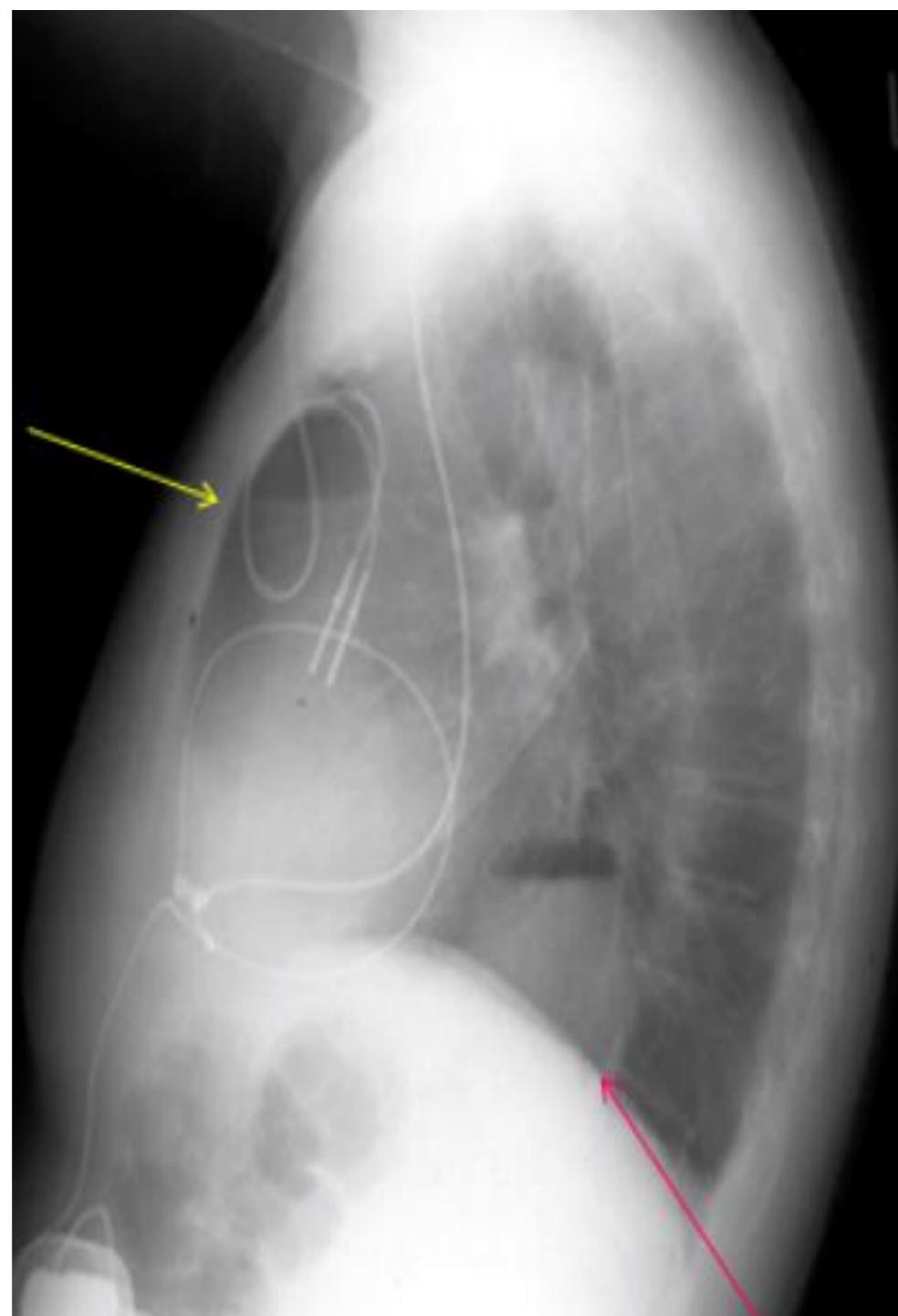
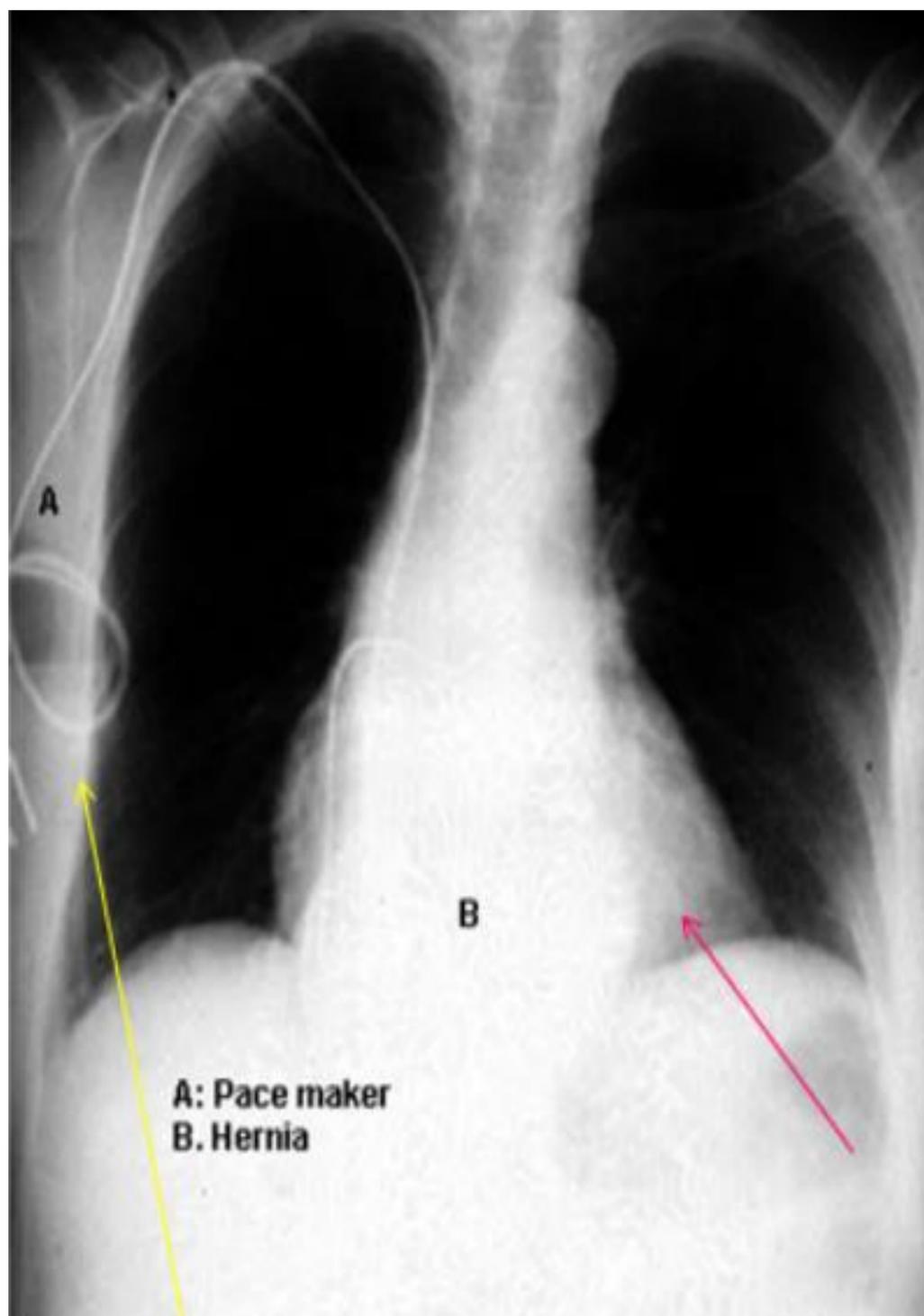


Viendo esta imagen, podríamos pensar en un absceso intraparenquimatoso.

Pero nunca olvidar la importancia de la proyección lateral...



Finalmente se le diagnosticó de **ABSCESO DE PARED TORÁCICA ASOCIADO A EXPANSORES DE MAMA**



Absceso de la pared torácica y hernia de hiato

Aquí observamos otro absceso de pared torácica, en este caso en relación con acceso de marcapasos, así como hernia de hiato que también genera niveles hidroaéreos

CONCLUSIONES

En caso de observar niveles hidroaéreos en una prueba de imagen de tórax, hay una serie de entidades, muchas de las cuales hemos visto, que deberíamos tener en mente en función de la **LOCALIZACIÓN del hallazgo y datos clínicos:**

- **Pleura:** hidroneumotórax
- **Vía aérea:** bronquiectasias sobreinfectadas
- **Parénquima:** quiste, neoplasia cavitada, absceso, vasculitis
- **Mediastino:** hernia de hiato o intrapericárdica, hidroneumopericardio, absceso
- **Pared torácica:** absceso de pared torácica

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Caballero, L. M., Pérez, F. L. M., Rodríguez, M. J. A., & Otero, F. F. Manejo del paciente con patología mediastínica. neumosur.net.
- Radiología esencial. Editorial Médica Panamericana; 2010.