



# Patología pleural: un enfoque integral

Marta Bravo Martínez del Valle,  
Ignacio Medina Muñoz,  
Isabel Hueso Heredia,  
Virginia Márquez Pérez,  
María Carmen Aguilar Hurtado,  
Leticia Liébana Carpio.

Hospital Regional Universitario de Málaga

# Índice

## 1. Objetivo docente

## 2. Revisión del tema:

a. Repaso anatómico

b. Semiología

c. Ocupación del espacio pleural

d. Engrosamiento pleural

e. Tumores pleurales

## 3. Conclusiones

## 4. Referencias

# Objetivo docente

- Repaso de la anatomía de la pleura y variantes de la normalidad.
- Revisión de la patología pleural más frecuente y su interpretación en la placa de tórax.
- Correlación de los hallazgos en la radiología convencional y la tomografía computarizada.

# Repaso anatómico

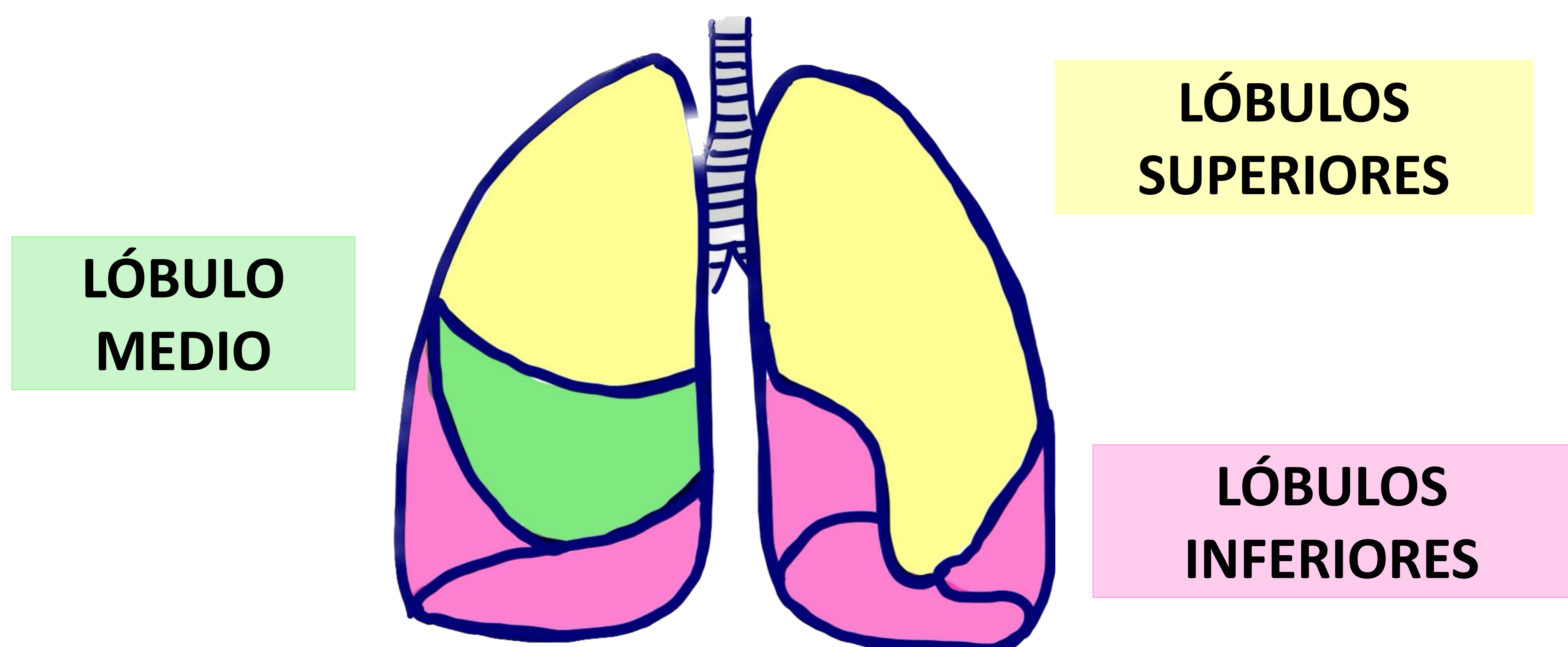
La pleura es una membrana serosa compuesta por células mesenquimales que consta de dos capas distintas:

- **Capa parietal:** cubre la cara interna de la caja torácica, el diafragma y parte del mediastino. Los hilos pulmonares carecen de pleura.
- **Capa visceral:** recubre los pulmones y forma las cisuras interlobares. Esta capa no posee inervación sensitiva.

Estas capas se unen en el hilio, y entre ambas se encuentra el **espacio pleural**, una cavidad virtual que normalmente no es visible en técnicas de imagen.

El pulmón se divide en:

- **Pulmón derecho:** lóbulo superior (LSD), lóbulo medio (LM) y lóbulo inferior (LID).
- **Pulmón izquierdo:** lóbulo superior (LSI), que incluye la língula, y lóbulo inferior (LII).



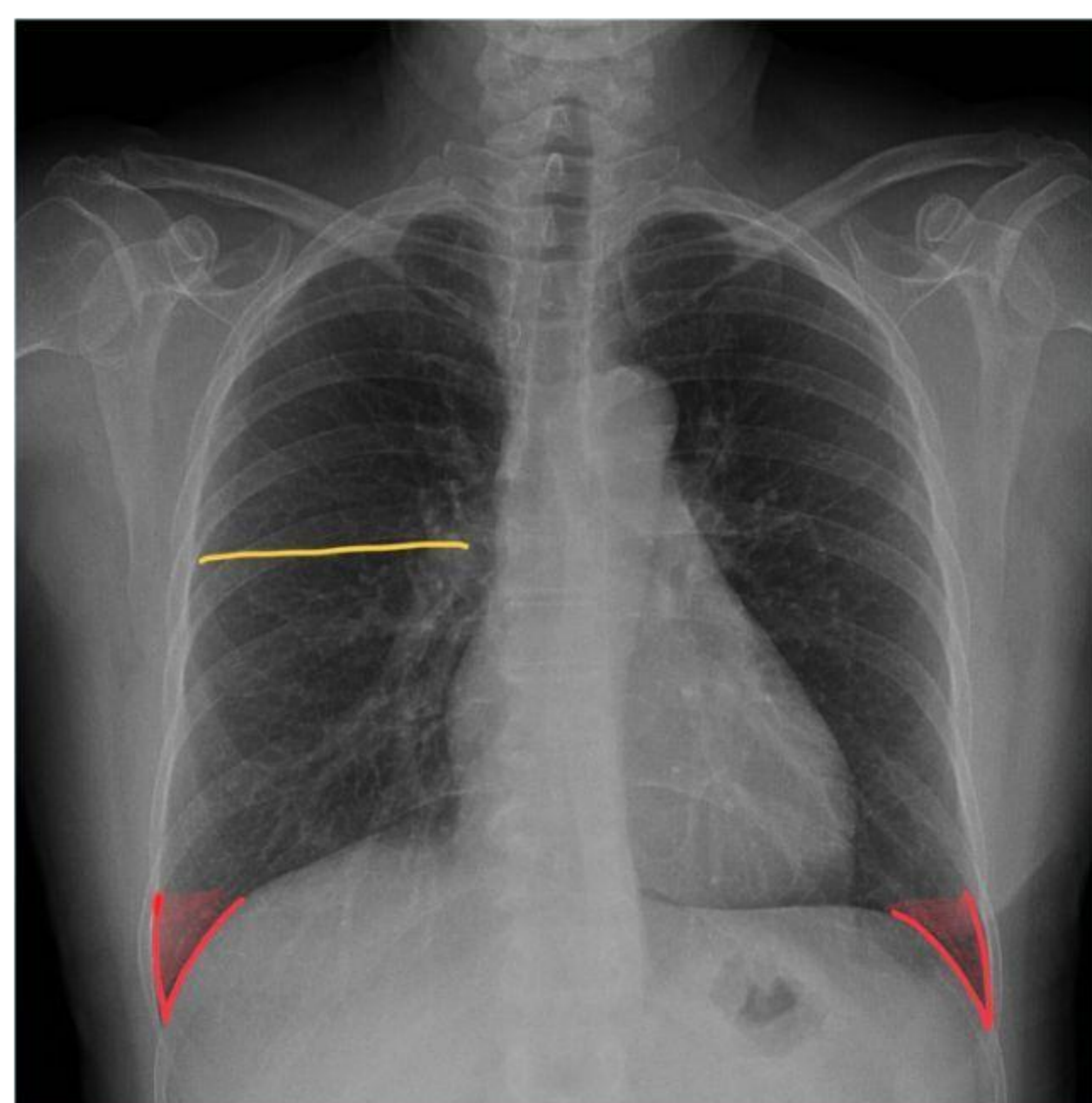
*Fig. 1. Representación esquemática de los lóbulos pulmonares.*

# Repaso anatómico

Las cisuras son pliegues de la pleura visceral dentro del pulmón, con profundidades variables, pudiendo ser completas o incompletas.

- Las **cisuras mayores** separan por un lado el LSD y LM del LID, y por otro, el LSI del LII. Se inician en la parte posterior, al nivel de la quinta vértebra dorsal, y se dirigen oblicuamente hacia adelante y hacia abajo, terminando en la superficie pleural del diafragma.
- La **cisura menor** divide el LM y el LSD. Se extiende casi horizontalmente a la altura del ángulo del hilio y se une a la cisura mayor en la línea axilar media, al nivel de la quinta costilla.

**CISURA  
MENOR**



**RECESOS COSTOFRÉNICOS  
LATERALES**

**CISURA  
MAYOR**



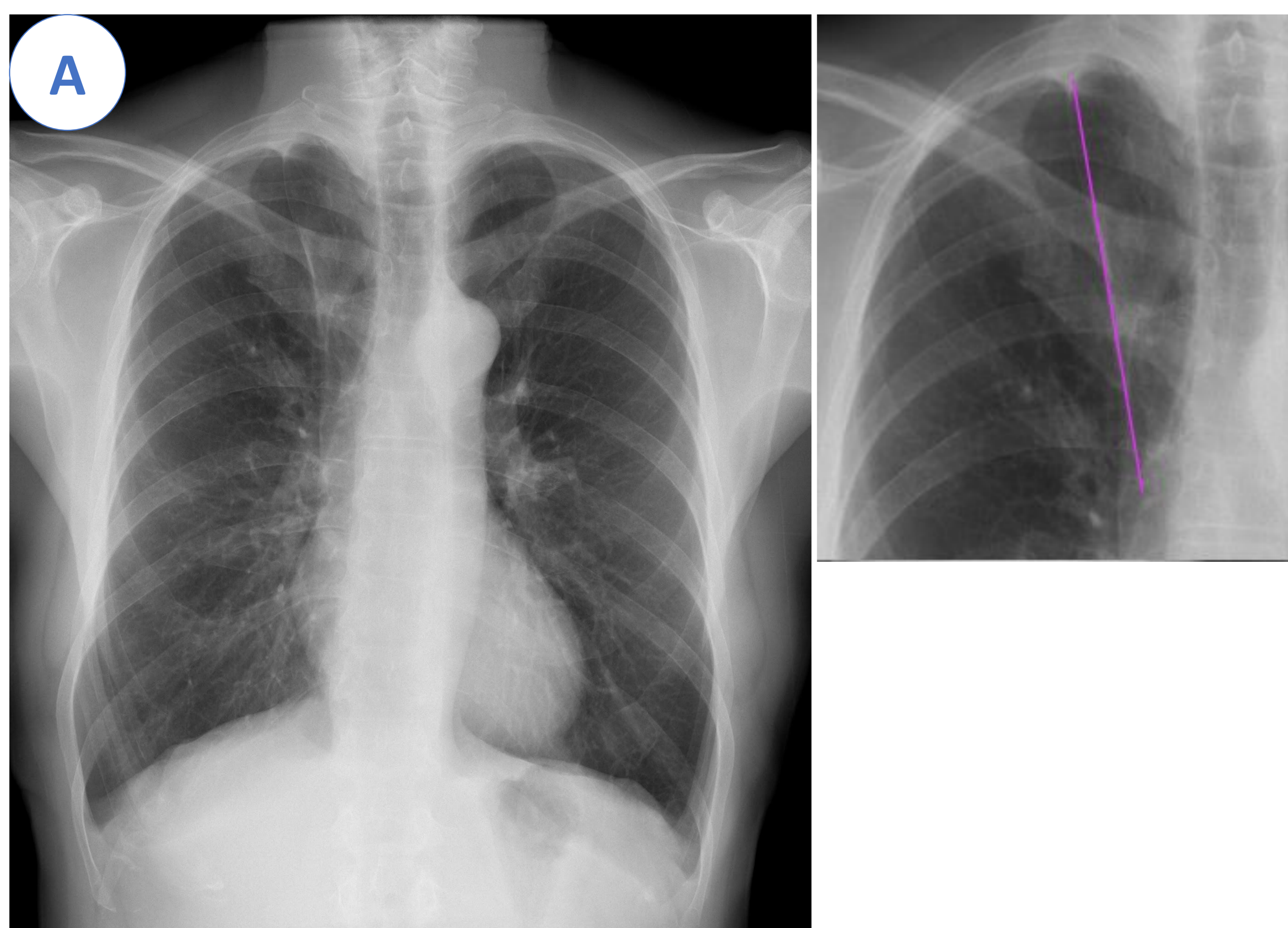
**RECESOS COSTOFRÉNICOS  
POSTERIORES DERECHO E  
IZQUIERDO**

*Fig. 2. Representación de las cisuras pulmonares y senos costofrénicos.  
Radiografía PA (derecha) y lateral (izquierda).*

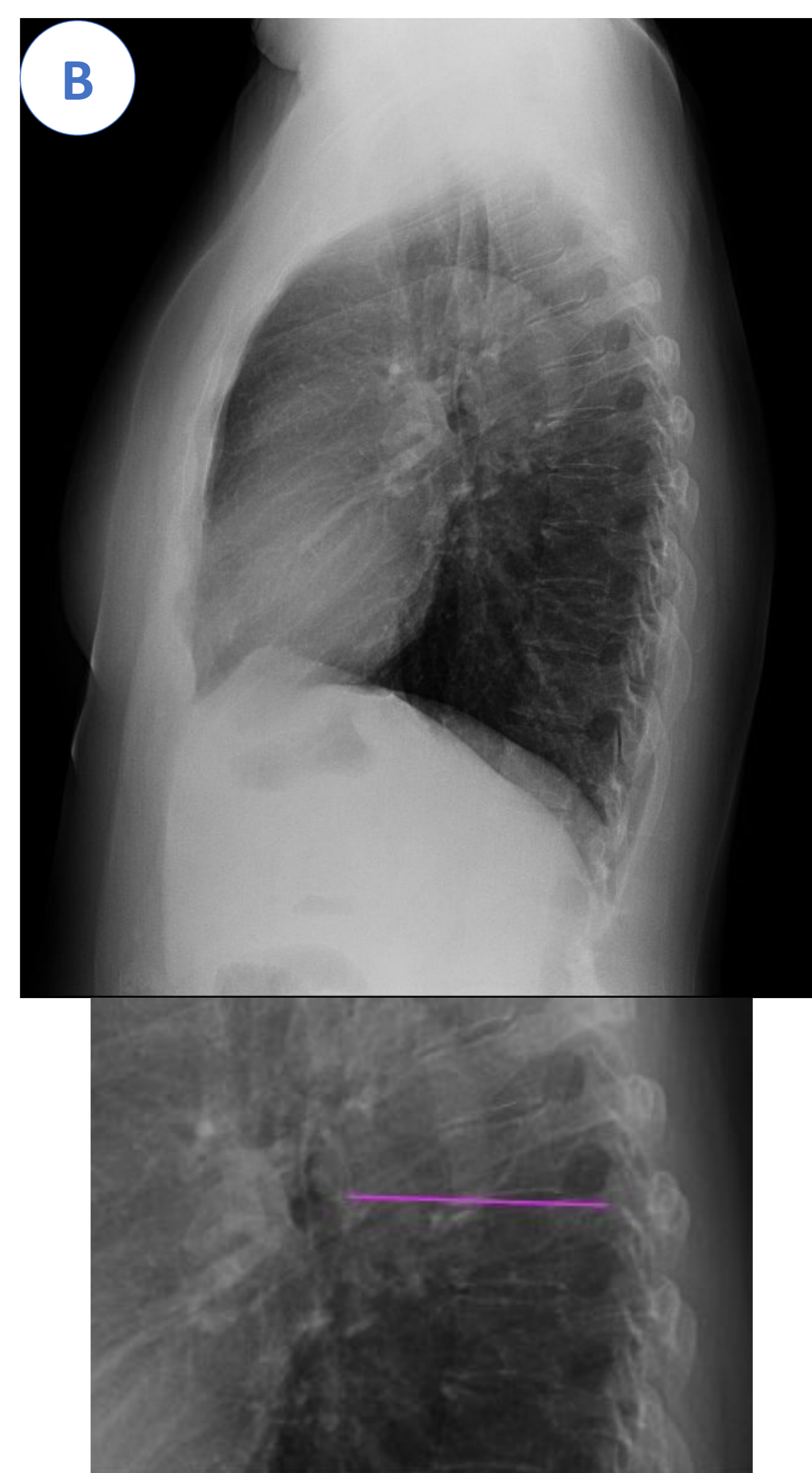
# Repaso anatómico

También existen cisuras accesorias (aproximadamente el 20% de las personas), que separan un segmento o parte de un lóbulo del resto del mismo. La cisura accesoria inferior derecha, que divide el segmento medial del LID, y la cisura ácidos son las más comunes.

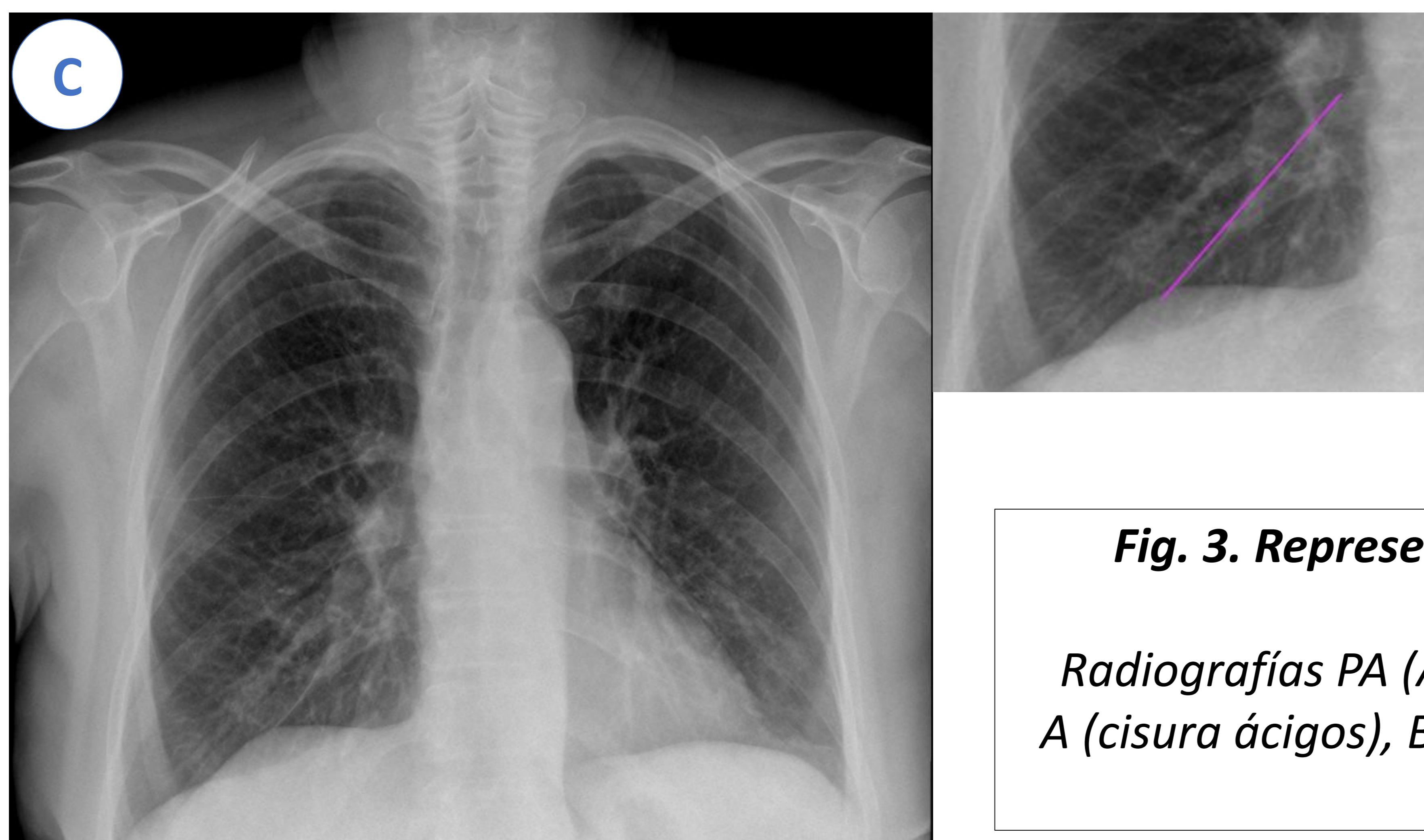
## CISURA ÁCIDOS



## CISURA ACCESORIA SUPERIOR



## CISURA ACCESORIA INFERIOR



**Fig. 3. Representación de las cisuras pulmonares accesorias.**

Radiografías PA (A y C) y lateral (B) con detalle guiado: A (cisura ácidos), B (cisura accesoria superior) y C (cisura accesoria inferior).

# Semiología

La patología del espacio pleural y de la pleura es una entidad muy común en nuestra práctica diaria, por lo que debemos ser capaces de reconocer los diferentes signos y características que nos permitirán su correcto diagnóstico y consecuente tratamiento.

- La **ocupación del espacio pleural** es su patología más frecuente, destacando el derrame pleural como la principal morbilidad. En ocasiones esta ocupación puede ser masiva, poniendo en peligro la vida del paciente.
- El **engrosamiento pleural** es consecuencia de procesos inflamatorios, tumorales y exposición a determinadas sustancias, pudiendo tener una afectación localizada o difusa, así como unilateral o bilateral.
- Los **tumores pleurales** son otra patología a tener en cuenta, benignos o malignos, destacando por su frecuencia el mesotelioma, la neoplasia primaria pleural más común, con un mal pronóstico.

Las lesiones extrapulmonares (espacio pleural o extrapleurales) se manifiestan por:

- Bordes nítidos, lisos, incompletos.
- Ángulos obtusos con la superficie pleural.
- Densidad homogénea.
- Erosiones óseas y/o masas de partes blandas.
- Aumento de diámetro en proyección lateral con respecto a proyección posteroanterior (PA).

# Ocupación del espacio pleural

## 1. DERRAME PLEURAL

Consiste en un acúmulo anormal de líquido en la cavidad pleural, que en condiciones normales es de 5 ml. Es la patología pleural más frecuente.

### *a. Mecanismo fisiopatológico:*

- Aumento en la formación, por ejemplo en la insuficiencia cardíaca.
- Disminución de la reabsorción, por ejemplo en procesos neoplásicos.
- Mecanismo mixto.

### *b. Métodos diagnósticos:*

- Ecografía: método más sensible para pequeñas cantidades de líquido. Sirve de guía para procedimientos intervencionistas.
- Radiografía simple: en la proyección lateral, más sensible que al posteroanterior, podemos ver borramiento del ángulo costofrénico posterior cuando hay > 50 ml (signo del menisco).
- Tomografía computarizada: mejor valoración del parénquima pulmonar y del mediastino, así como mejor diagnóstico diferencial.



**Fig. 4. Diferentes pruebas de imagen en el diagnóstico del derrame pleural.**

A) Radiografía PA y lateral donde se observa un aumento de densidad basal izquierdo con el signo de la línea de Damoiseau-Ellis y B) Ecografía donde observamos una pequeña lengüeta de líquido supradiafragmático. TC representado en Fig. 5.



# Ocupación del espacio pleural

## c. Composición bioquímica del líquido:

	TRASUDADO	EXUDADO
<b>MECANISMO</b>	Aumento de la presión hidrostática o disminución de la osmótica	Alteración del drenaje capilar o linfáticos
<b>DATOS RADIOLÓGICOS</b>	Bilateralidad. Ausencia de realce pleural.	Realce de la pleura parietal (split pleural). Pulmón atrapado.
<b>CRITERIOS DE LIGHT</b>	No	* Relación $LDH_{p/s} > 0,6$ * Relación proteínas $p/s > 0,5$ * $LDH_p > \frac{2}{3}$ del límite superior $LDH_s$
<b>EJEMPLOS</b>	Insuficiencia cardiaca, síndrome nefrótico, cirrosis...	Derrame paraneumónico (70%), malignidad...
<b>ETIOLOGÍA</b>	Sistémica (pleura no dañada)	Pleural

**Tabla 1. Diagnóstico diferencial trasudado y exudado.**



**Fig. 5. Diferencia en TC de un derrame pleural trasudado (A) y exudado (B).**

A) TC de tórax con contraste, donde se observa derrame pleural bilateral, con ausencia de realce.  
B) TC de tórax con contraste, donde se observa una colección líquida de morfología lenticular en base derecha, que se acompaña de un realce periférico. El signo del split pleural se pone de manifiesto al observar un realce de la pleura parietal y visceral, separados por una colección líquida.

# Ocupación del espacio pleural

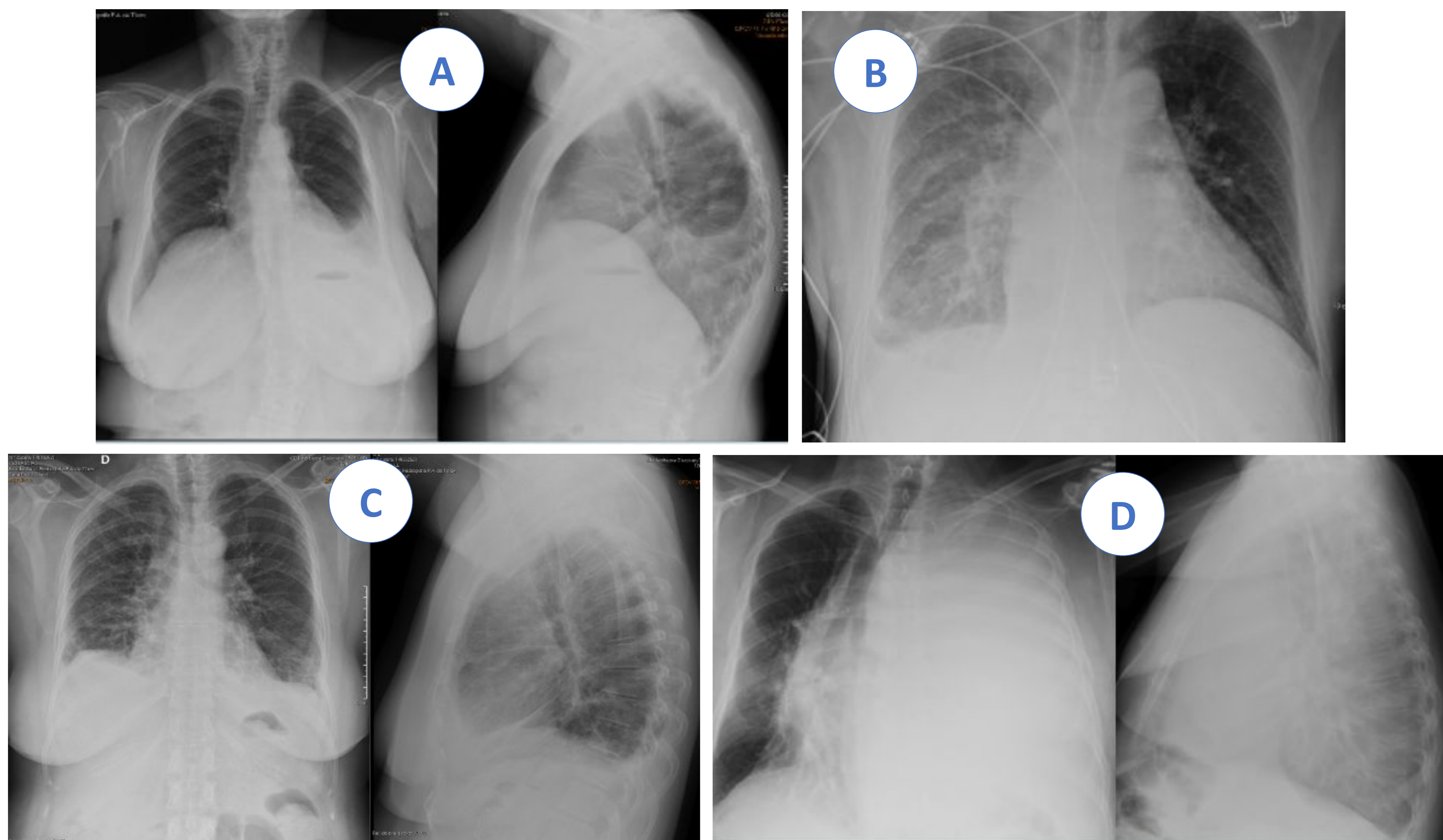
## d. Derrame pleural libre:

\**Bipedestación*: se acumula en la región declive y asciende por la pared torácica (signo del menisco), con pinzamiento de senos costofrénicos. Puede extenderse a las cisuras.

\**Decúbito supino*: se extiende por la parte posterior y declive, observando un aumento difuso de la densidad del hemitórax y mala definición del hemidiafragma ipsilateral.

>> Derrame subpulmonar: líquido se acumula en espacio subpulmonar. En lado izquierdo observaremos una separación >2 cm de LII y burbuja gástrica. Ángulos costofrénicos menos profundos.

>> Derrame masivo: atelectasia pasiva significativa con desviación mediastínica contralateral, aplanamiento diafragmático y velamiento. Descartar patología maligna subyacente.



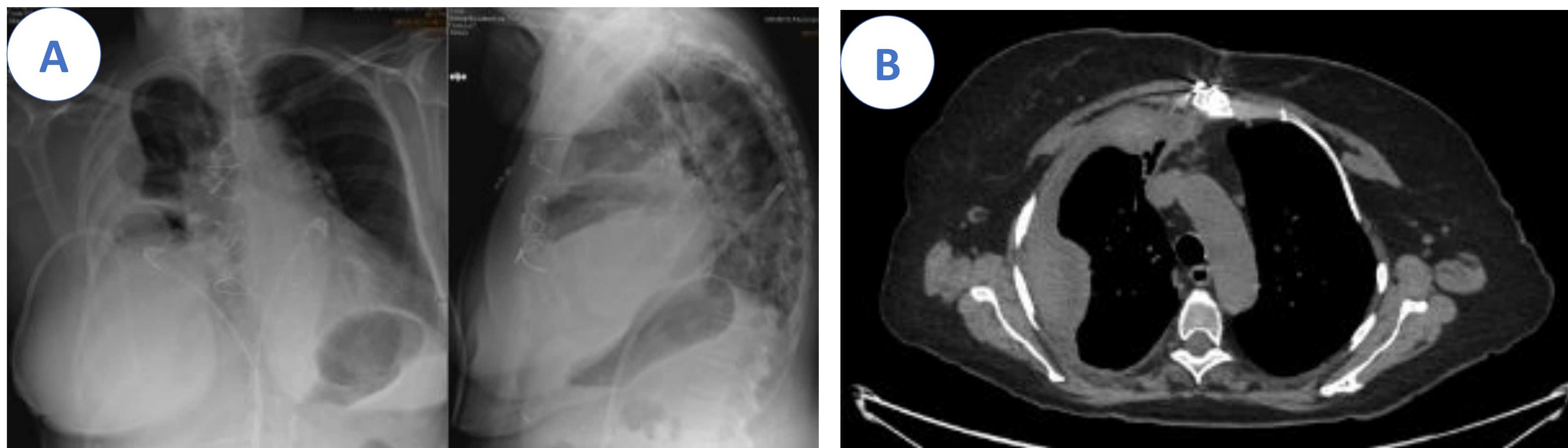
**Fig. 6. Radiografía del derrame pleural.**

A) Radiografía PA y lateral, con signo del menisco en hemitórax izquierdo; B) Radiografía portátil en decúbito, con velamiento del hemitórax derecho; C) Radiografía PA y lateral, con derrame subpulmonar; D) Radiografía PA y lateral, con derrame pleural masivo izquierdo que ocasiona un desplazamiento hacia la derecha del mediastino.

# Ocupación del espacio pleural

*e. Derrame pleural loculado:* no se modifica con cambios posturales. Suelen tener morfología lenticular.

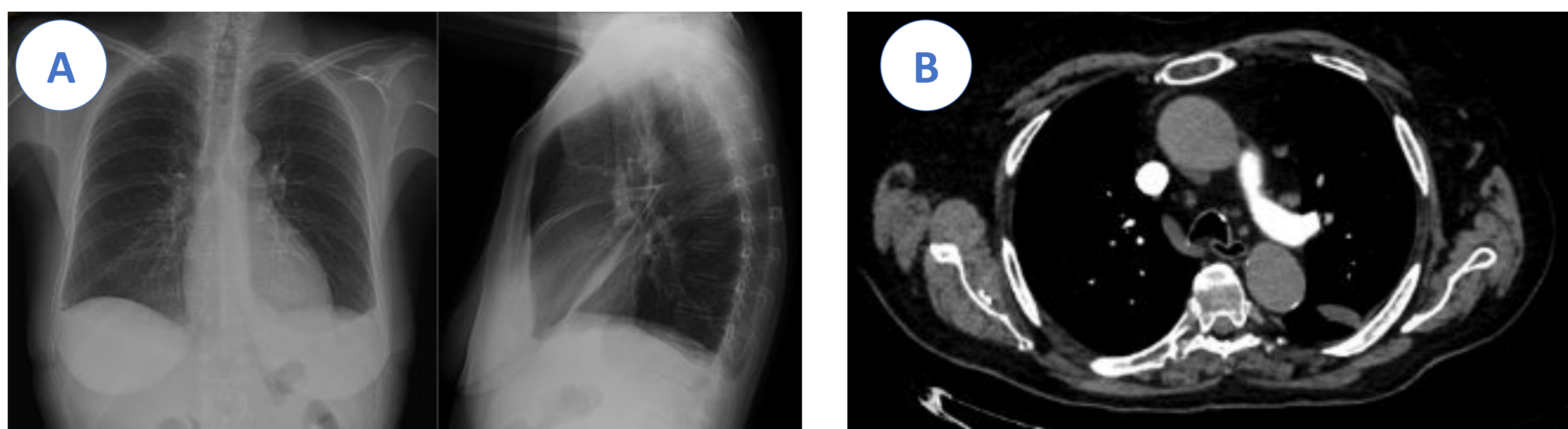
\**Periférico:* situado entre la pleura parietal y visceral. En relación con adherencias pleurales (derrame exudativo). Diagnóstico diferencial con masas pleurales o extrapleurales.



**Fig. 7. Derrame pleural loculado periférico.**

*Paciente de 72 años tras cirugía de recambio valvular. A) Radiografía PA y lateral donde se observa un derrame pleural derecho encapsulado; B) TC sin contraste donde evidenciamos un derrame pleural derecho de morfología lobulada.*

\**Cisural:* asociado a insuficiencia cardiaca (trasudado). Suele ser temporal, conocido como “pseudotumor fantasma”. Diagnóstico diferencial con masa parenquimatosa.



**Fig. 8. Derrame pleural loculado cisural.**

*A) Radiografía PA y lateral donde se observa un derrame pleural basal izquierdo que se extiende por la cisura mayor ipsilateral; B) TC con contraste donde visualizamos pequeña lengüeta de líquido en cisura mayor izquierda.*

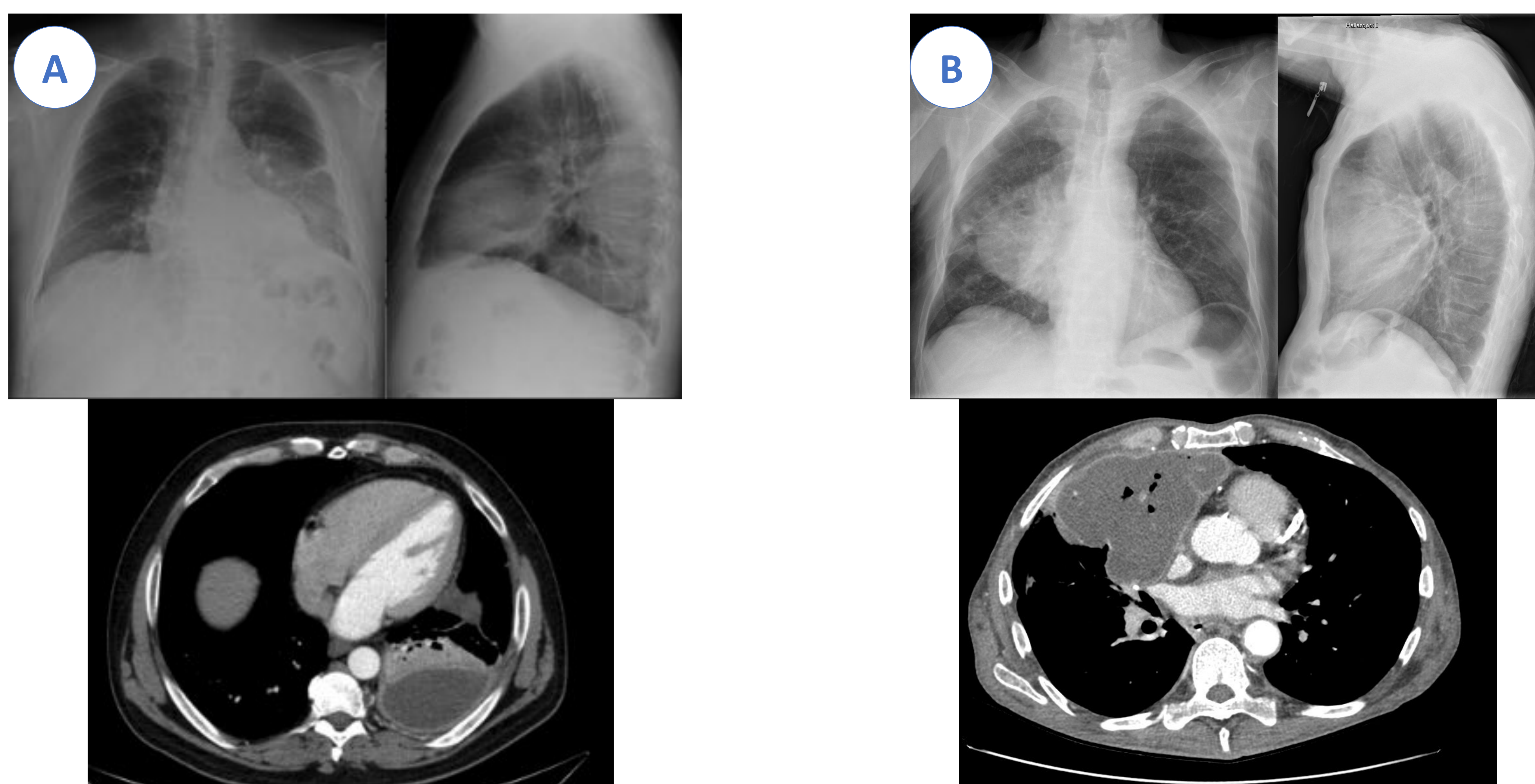
# Ocupación del espacio pleural

## 2. EMPIEMA

Complicación infrecuente (10%) que consiste en la infección del derrame pleural.

EMPIEMA	ABSCESO PULMONAR
Forma lenticular	Forma redondeada
Discordancia entre proyecciones	Congruencia entre proyecciones
Ángulo obtuso	Ángulo agudo
Pared fina y lisa	Pared gruesa e irregular
Compresión pulmonar	Dstrucción del parénquima, atelectasia pasiva
Realce de ambas pleuras (pleura split) +/- aire si fístula o anaerobios	
Tratamiento: tubo de drenaje + antibiótico	Tratamiento: antibiótico

**Tabla 2. Diagnóstico diferencial empiema y absceso.**



**Fig. 9. Diagnóstico diferencial empiema y absceso.**

*Estudio comparativo de un empiema (A) donde en el TC se observa una colección de morfología lenticular y pared lisa, con aumento de densidad en pulmón subyacente. En la placa simple se observa una discordancia entre las proyecciones.*

*Sin embargo, el absceso (B) presenta una morfología redondeada, con una mayor congruencia de proyecciones de la radiografía. En el TC observamos una pared de morfología irregular.*

# Ocupación del espacio pleural

## 3. HEMOTÓRAX

Colección hemorrágica en espacio pleural de rápida evolución. Generalmente ocasionada por algún traumatismo o por iatrogenia, aunque también cabe mencionar las coagulopatías, neoplasias y malformaciones arteriovenosas, entre otras. Radiológicamente observamos áreas de alta atenuación (35-70 UH), con niveles líquido-líquido y/o coágulos. Todo ello genera una irritación que puede causar fibrosis pleural y calcificaciones, ocasionando un fibrotórax. El tratamiento consiste en un drenaje percutáneo urgente.

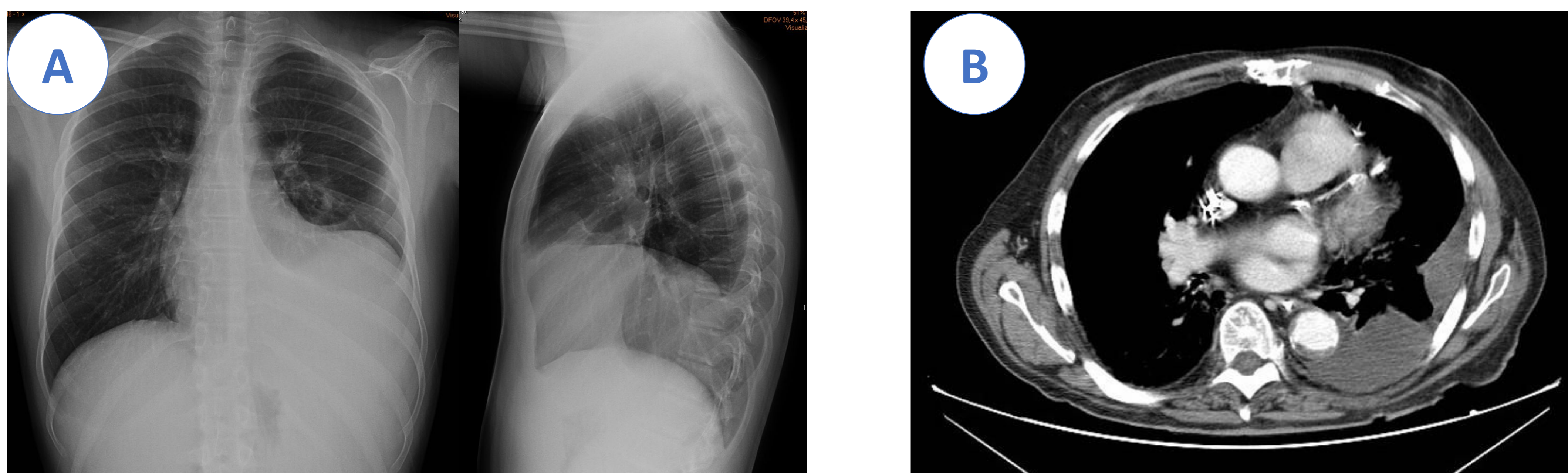


**Fig. 10. Hemotórax.**

A) Radiografía AP en sedestación con aumento de densidad bibasal en relación con derrame pleural +/- consolidación; B) TC con contraste donde observamos un derrame con líquido de alta densidad en hemitórax derecho sugestivo de hemotórax.

## 4. QUILOTÓRAX

Colección linfática en espacio pleural ocasionada predominantemente por un linfoma o tumor mediastínico, pudiendo ser traumático o por iatrogenia. No tiene características radiológicas específicas.



**Fig. 11. Quilotórax.**

A) Radiografía PA y lateral donde se observa un derrame pleural izquierdo; B) TC con contraste, observando colección líquida en hemitórax izquierdo. Todo ello de características inespecíficas.

# Ocupación del espacio pleural

## 5. NEUMOTÓRAX

Acumulación de aire en cavidad pleural.

Clínicamente se presenta como disnea asociada a dolor pleurítico.

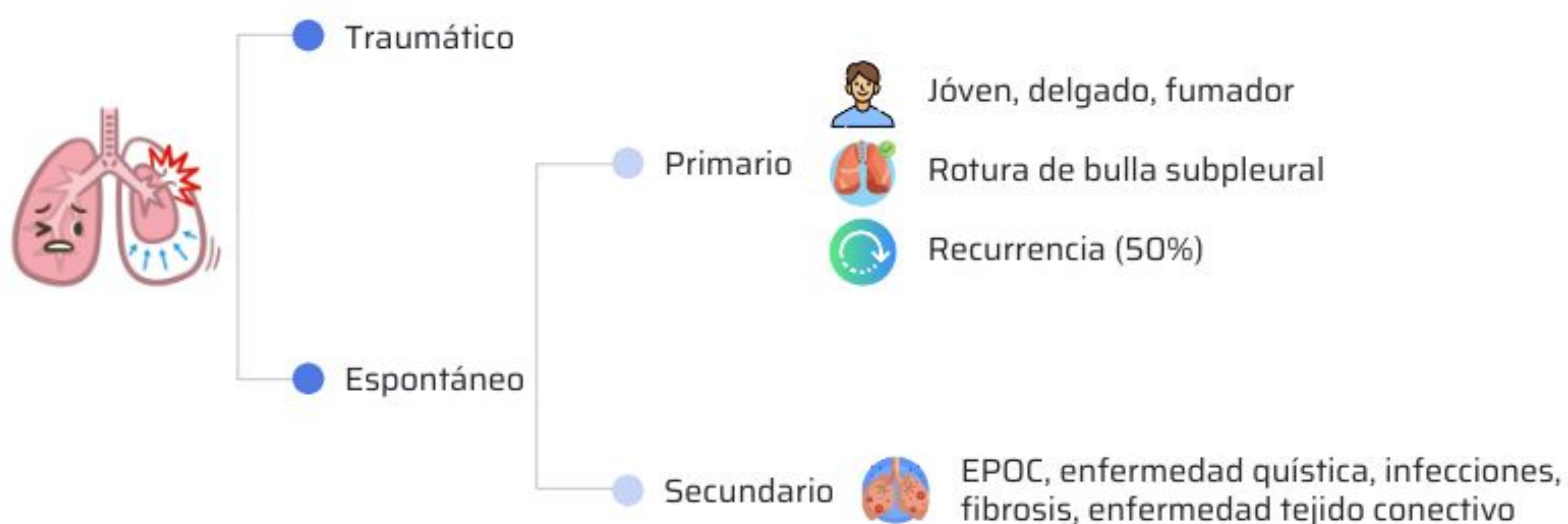


Fig. 12. Etiopatogenia del neumotórax.

\**Bipedestación:* se acumula en la región apicolateral. Se evidencia la línea pleural visceral con radiolucencia periférica (ausencia de estructuras vasculares). Más evidente durante espiración (mayor colapso y densidad).

\**Decúbito supino:* se extiende por espacio pleural anterior, observando una hiperclaridad del hemitórax, junto con el signo del surco profundo y una mejor definición del borde cardiaco y del límite diafragma-mediastino.

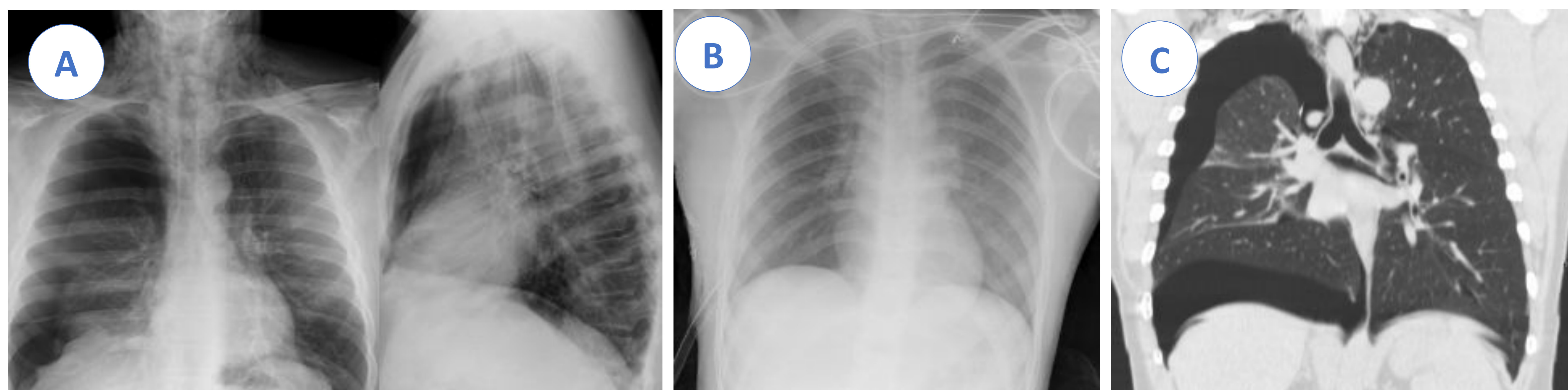
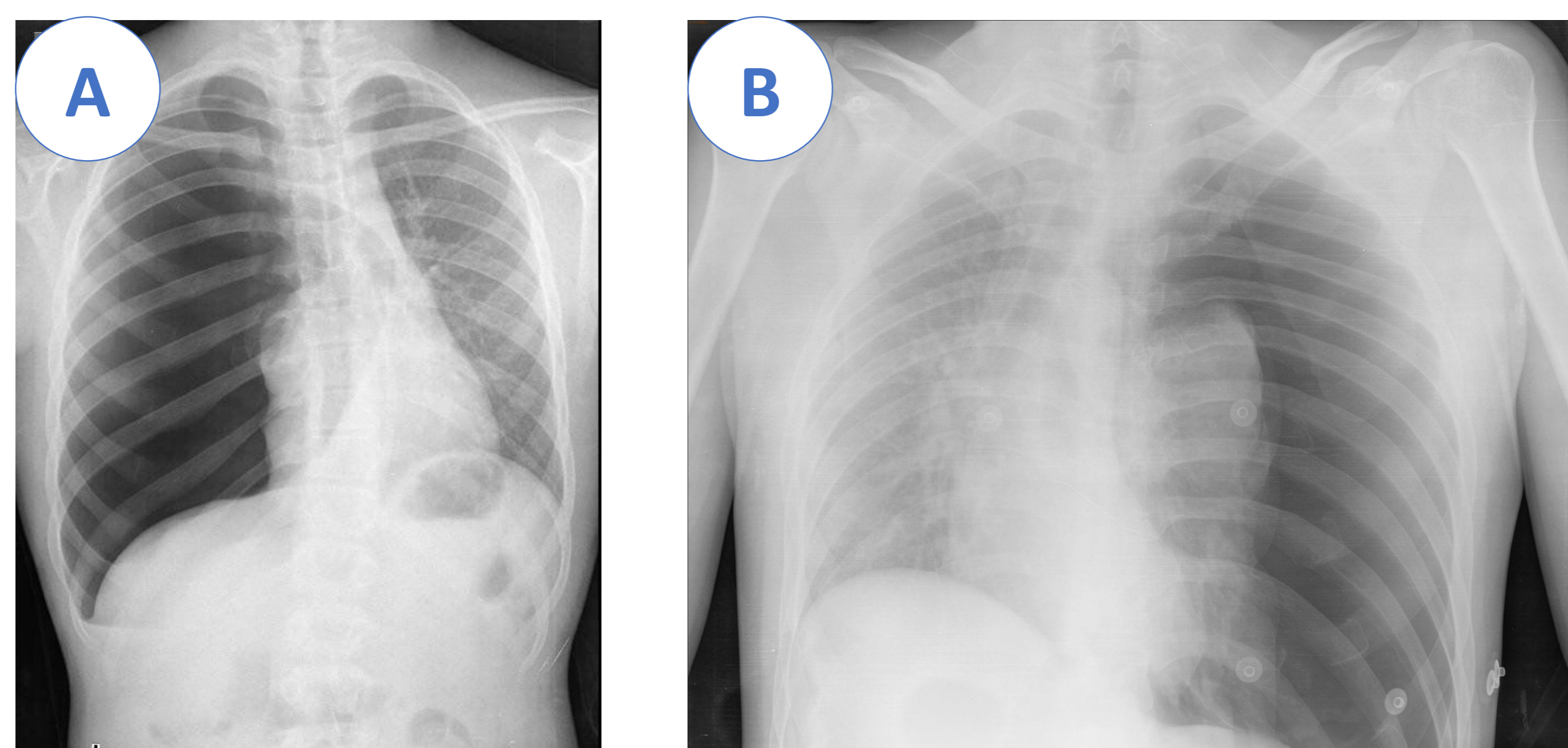


Fig. 13. Neumotórax.

A) Radiografía PA y lateral con neumotórax derecho que asocia colapso pulmonar; B) Radiografía en decúbito con hiperclaridad de hemitórax derecho; C) TC sin contraste con neumotórax derecho.

# Ocupación del espacio pleural

>> Neumotórax a tensión: la presión de aire intrapleural supera la atmosférica, poniendo en peligro la vida del paciente. Suele estar ocasionado por un traumatismo o por iatrogenia (ventilación mecánica). Se produce un desplazamiento mediastínico y un aplanamiento del hemidiafragma ipsilateral.

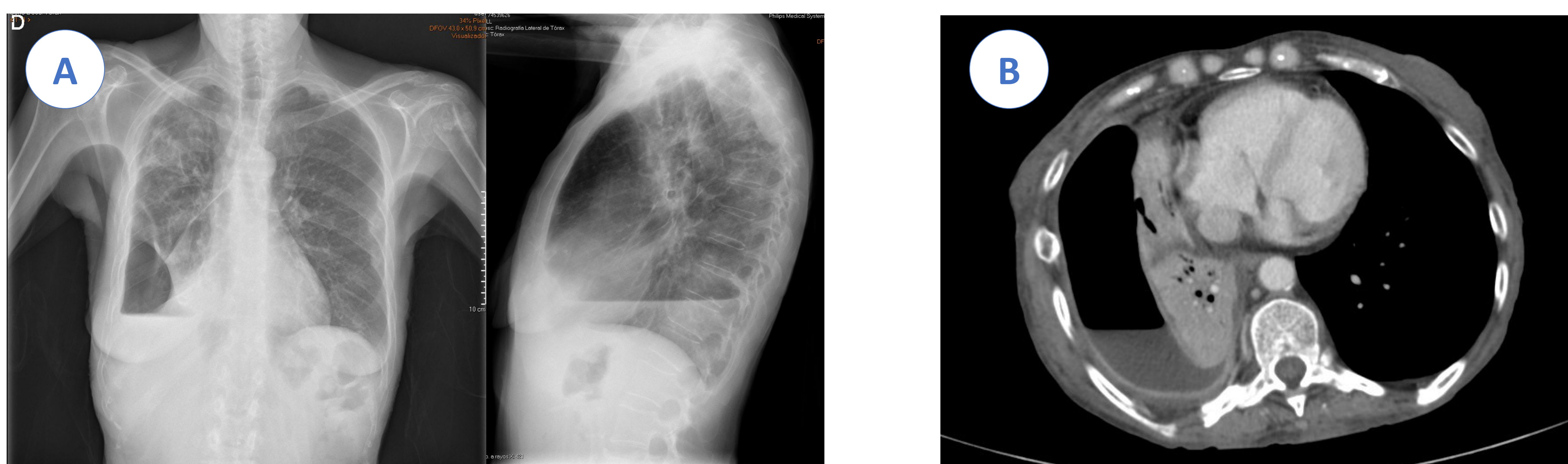


**Fig. 14. Neumotórax a tensión.**

Radiografía PA de un paciente con neumotórax a tensión derecho (A) que ocasiona un desplazamiento del mediastino hacia la izquierda; y neumotórax izquierdo (B), que desplaza el mediastino contralateralmente.

## 6. HIDRONEUMOTÓRAX

Combinación de líquido y aire en espacio pleural debido a una infección, fístula broncopleural o por iatrogenia.



**Fig. 15. Hidroneumotórax.**

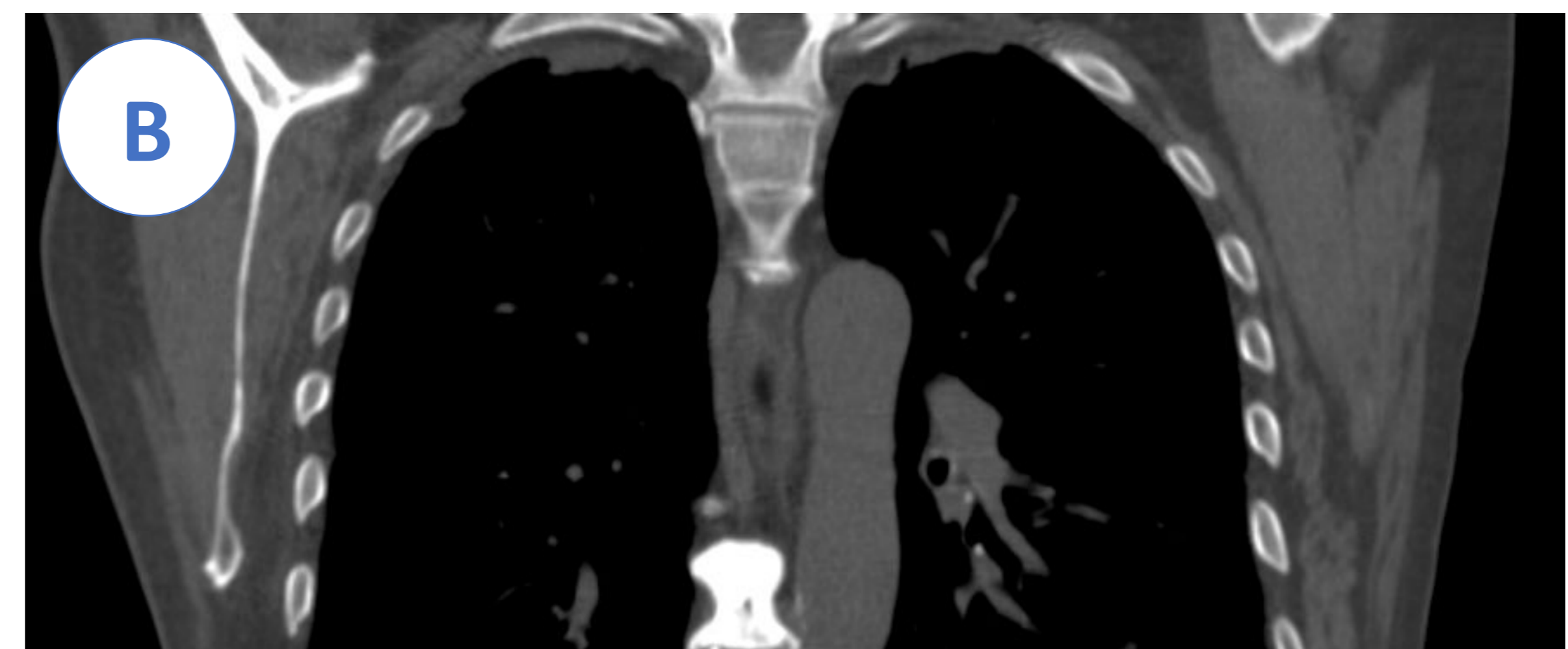
A) Radiografía PA y lateral donde llama la atención de la presencia de un nivel aire-líquido;  
B) TC con contraste de una paciente con hidroneumotórax derecho encapsulado, con imagen lineal radioluciente que comunica con LM (posible fístula broncopleural como etiología).

# Engrosamiento pleural

## 1. ENGROSAMIENTO LOCALIZADO

Para diferenciar entre engrosamiento pleural y líquido libre podemos ayudarnos de las técnicas gravitacionales.

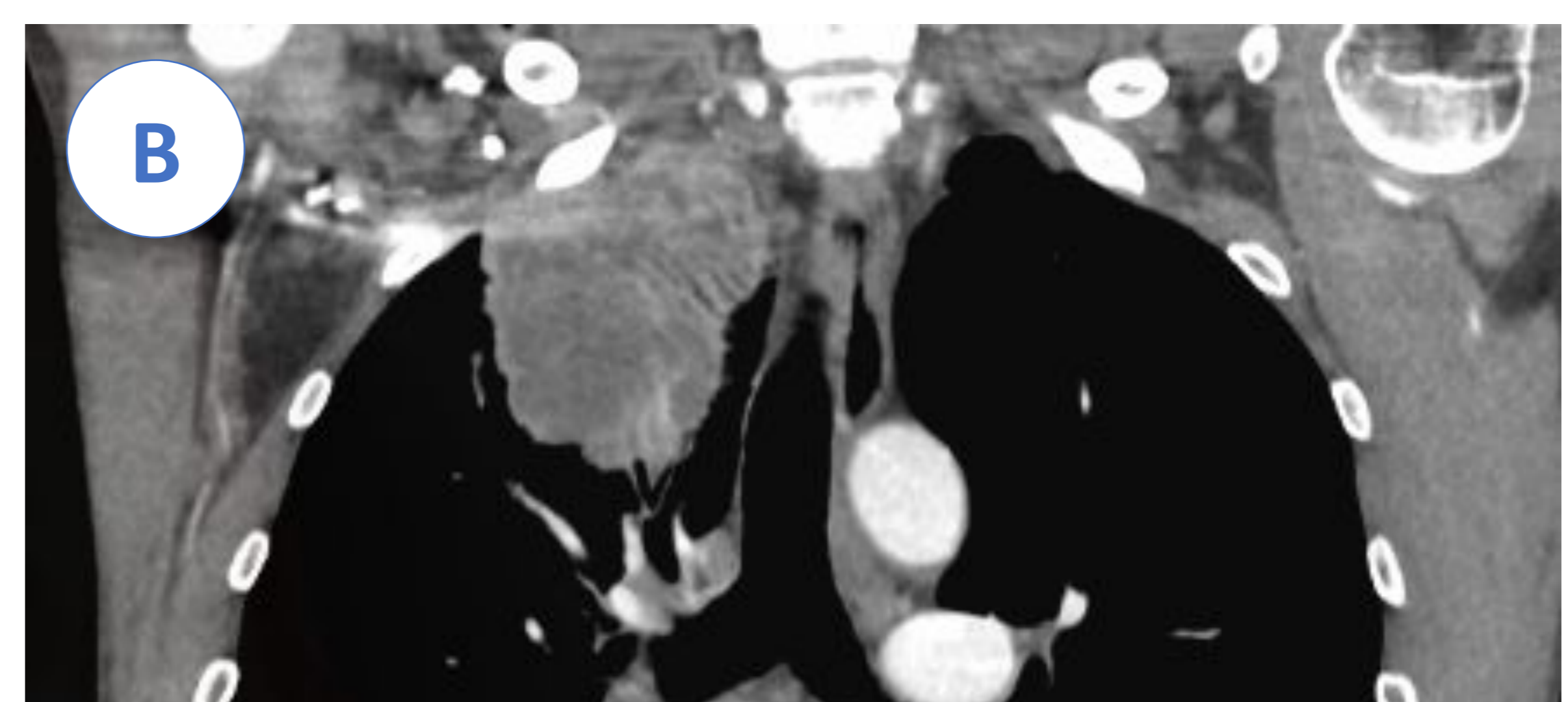
**a. Casquete apical:** engrosamiento apical bien delimitado menor a 5 mm, con bordes lisos, bilateral y simétrico. Suele ser idiopático y no tiene relevancia clínica.



**Fig. 16. Casquete apical.**

A) Recorte de radiografía simple PA donde observamos un engrosamiento apical bilateral < 5 mm;  
B) TC de tórax sin contraste en plano coronal, donde se evidencia dicho engrosamiento.

>> Debe hacerse el diagnóstico diferencial con tumor de Pancoast cuando el engrosamiento sea asimétrico, con más de 2 cm de diferencia.



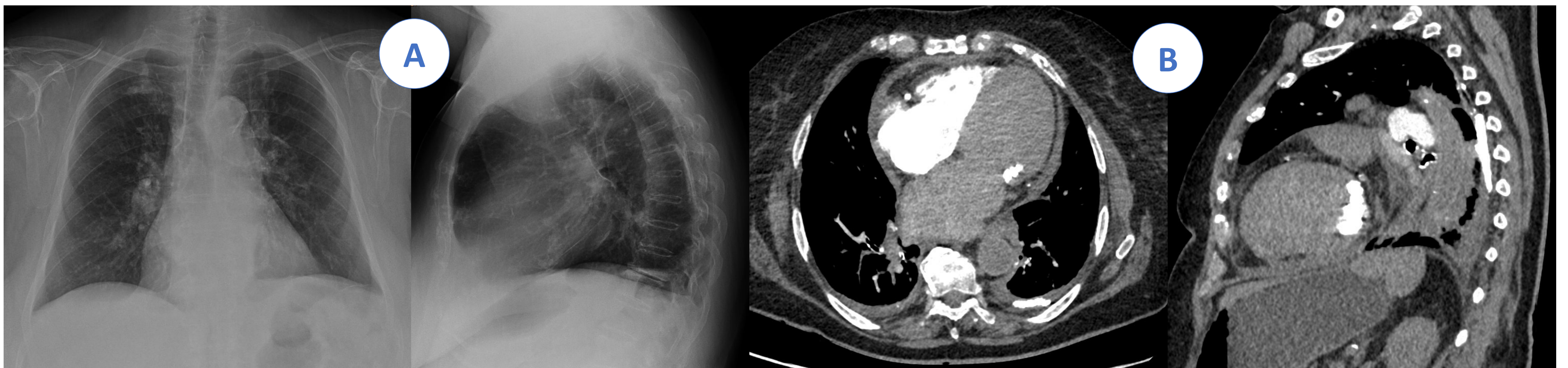
**Fig. 17. Tumor de Pancoast.**

A) Recorte de radiografía simple PA donde se observa una masa en región apical derecha;  
B) TC de tórax con contraste en plano coronal donde se evidencia la masa en LSD, de aspecto heterogéneo, con realce periférico, con características sugestivas de malignidad.



# Engrosamiento pleural

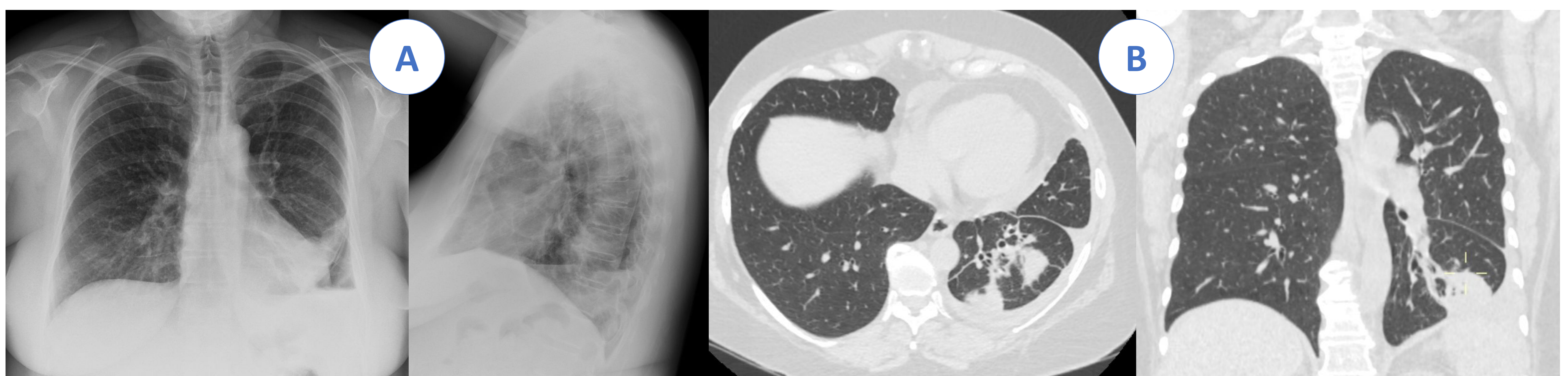
**b. Placas pleurales:** se produce una afectación de la pleura parietal múltiple y bilateral, predominando en región posterolateral y basal. No altera la función respiratoria, aunque puede asociarse a EPID. Suele estar en relación con la exposición a asbesto (58% expuestos), pudiendo calcificar (15%). Representa un factor de riesgo para mesotelioma.



**Fig. 18. Placas pleurales.**

A) Radiografía simple PA y lateral donde observamos una lesión de morfología lineal de pequeño tamaño y de alta densidad (calcio) en región posterior de pulmón izquierdo; B) TC de tórax con contraste donde vemos dichas placas de densidad calcio en pleura parietal posterior de pulmón izquierdo.

**c. Atelectasia redonda:** atelectasia pulmonar periférica, de morfología lenticular o irregular, que se asocia a patología pleural y pérdida de volumen. Es necesario hacer diagnóstico diferencial con adenocarcinoma.



**Fig. 19. Atelectasia redonda.**

A) Radiografía simple PA y lateral donde se observa un aumento de densidad basal izquierdo, de morfología lenticular; B) TC de tórax sin contraste donde se observa un aumento de densidad en LII de morfología discretamente redondeada que asocia pérdida de volumen.

# Engrosamiento pleural

## 2. ENGROSAMIENTO DIFUSO O FIBROTÓRAX

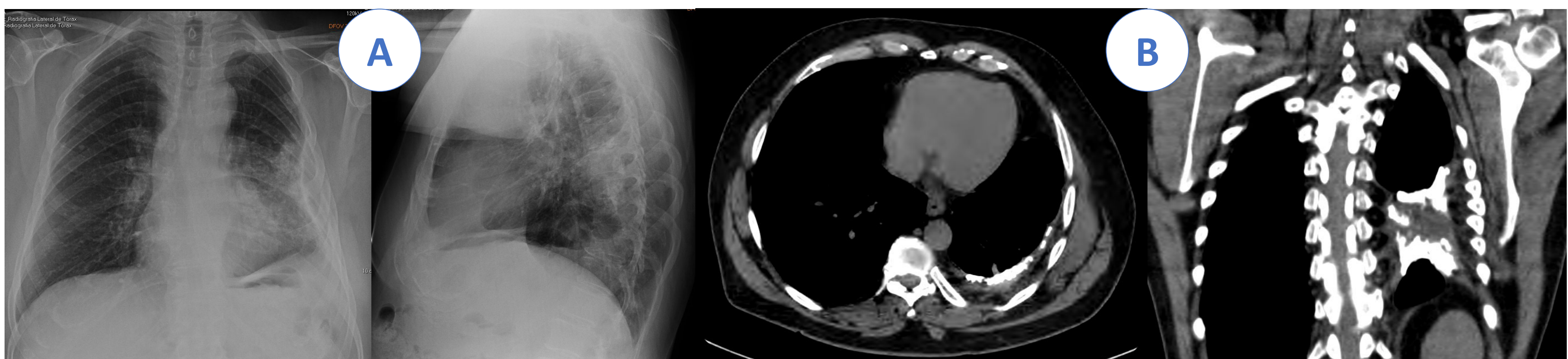
Se asocia a pérdida de volumen pulmonar, afectación de senos costofrénicos, calcificación unilateral en sábana, aumento de grasa extrapleural, enfermedad parenquimatosa y engrosamiento pleural, entre otros. Presenta gran importancia los antecedentes del paciente.

### Tipos:

- Asociado a enfermedades u otros antecedentes: artritis reumatoide, fibrosis pulmonar, tuberculosis, empiema, radioterapia, traumatismo.
- Asociado a asbesto: afectación de pleura visceral, asociando clínica respiratoria (disnea, dolor torácico y patrón restrictivo).

### Criterios diagnósticos:

- Radiografía: opacidad pleural lisa que ocupa  $>1/4$  pared torácica si bilateral o  $> 1/2$  si unilateral.
- TC: más sensible, permitiéndonos confirmar diagnóstico y excluir malignidad o afectación parenquimatosa. Se observa un engrosamiento  $> 3$  mm que se extiende  $> 8$  cm (eje craneocaudal) y/o  $> 5$  cm (eje transverso).



**Fig. 20. Fibrotórax.**

A) Radiografía simple PA y lateral donde observamos una lesión de gran tamaño de morfología lineal y de alta densidad (calcio) en región posterior, lateral y basal (ocupa más de la mitad del pulmón izquierdo); B) TC de tórax sin contraste donde vemos dichas placas de densidad calcio en pleura parietal posterior de pulmón izquierdo, con dimensiones superiores a los 8 cm.

# Tumores pleurales

## >> Pruebas diagnósticas:

- **Radiografía:** sospecha por historia clínica.
- **TC toracoabdominal** fase portal: nos permite correcta caracterización y evaluación de unos signos de malignidad (↑E)
  - Engrosamiento circunferencial y nodular.
  - Afectación de pleura mediastínica.
  - Invasión de estructuras adyacentes.
- **PET-TC** (↑S): estudio de enfermedad a distancia.
  - Falso +: infección pleural previa, pleurodesis con talco.
  - Falso -: crecimiento lento.
- **RM:** si alergia contraste. Valora mejor pared torácica y diafragma.
- **Ecografía:** intervencionismo (biopsia, toracocentesis).

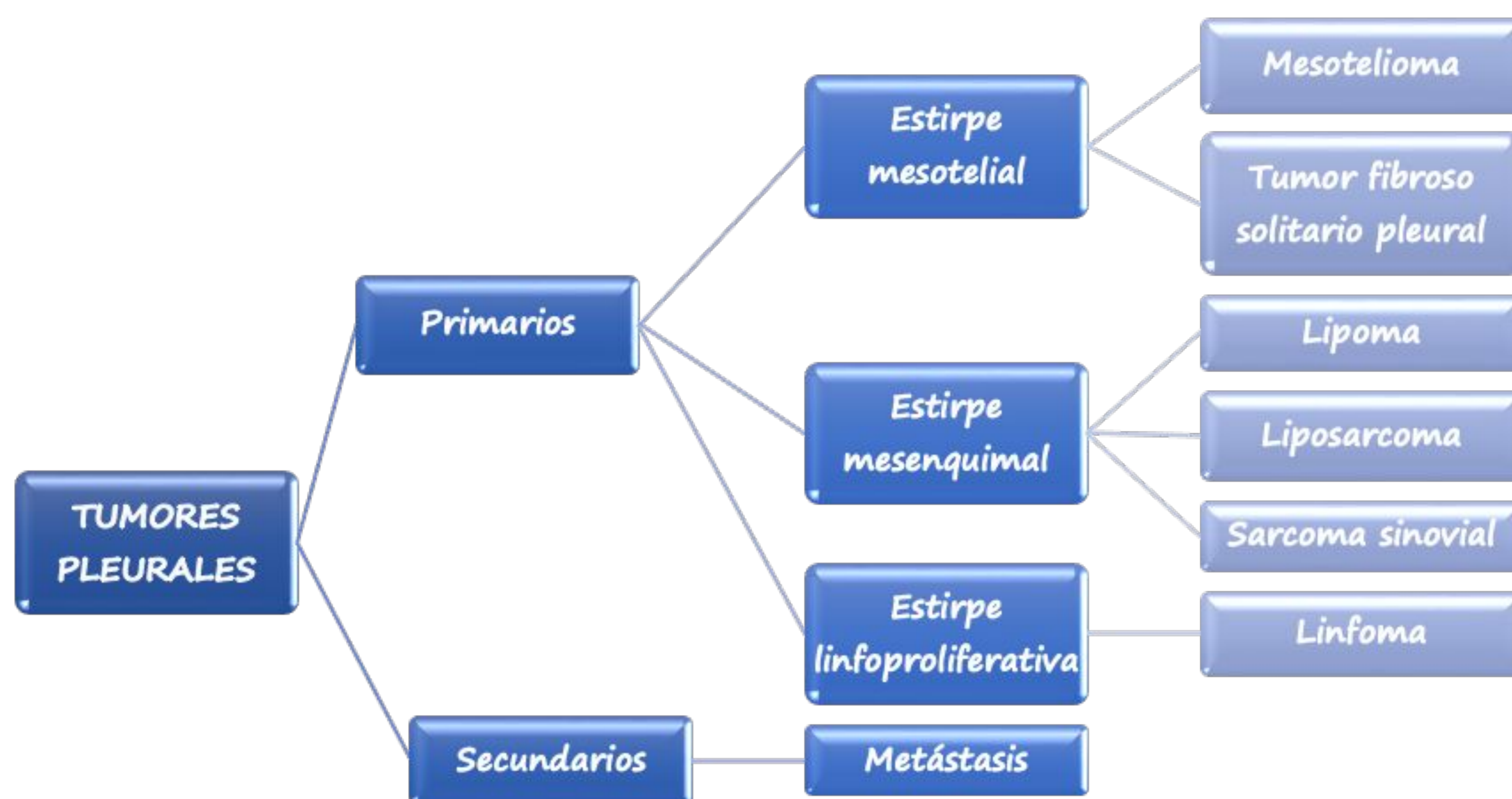
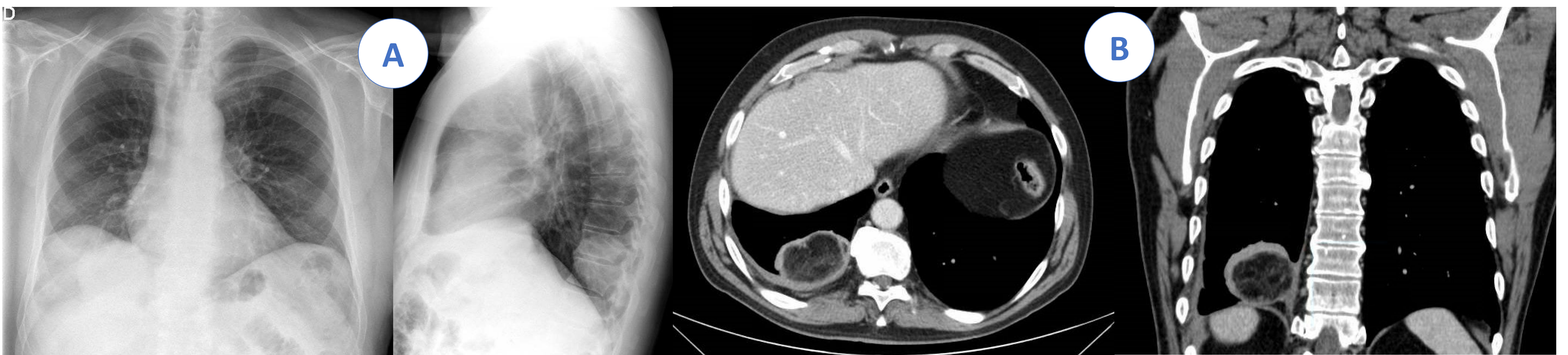


Fig. 21. Clasificación de los tumores pleurales

# Tumores pleurales

## 1. TUMORES BENIGNOS

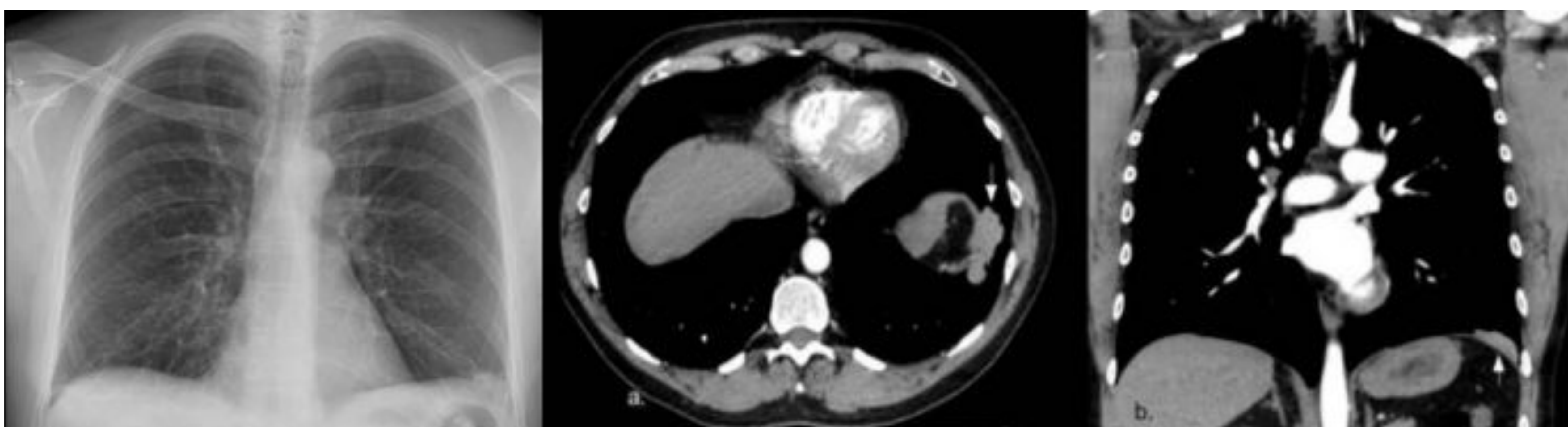
**a. Lipoma pleural:** lesión sólida bien definida de densidad grasa, no realza tras la administración de contraste. Suele ser incidental.



**Fig. 22. Lipoma pleural basal derecho**

A) Radiografía simple PA y lateral donde observamos una masa de alta densidad en seno costofrénico posterior derecho, con bordes obtusos con respecto a la pared torácica; B) TC de tórax con contraste donde observamos una lesión de densidad grasa que no presenta captación de contraste.

**b. Esplenosis intratorácica:** nódulos inespecíficos de localización subpleural que realzan con contraste. Hallazgo incidental en pacientes esplenectomizados (post-traumatismo y trastornos hematológicos).



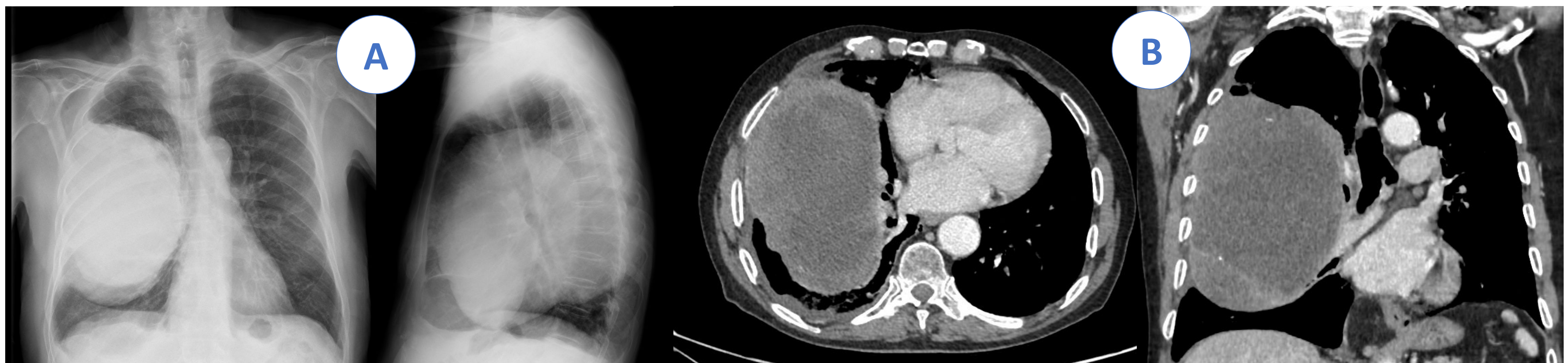
**Fig. 23. Esplenosis intratorácica**

A) Radiografía simple PA donde observamos un aumento de densidad en seno costofrénico izquierdo; B) TC de tórax con contraste donde se observa una lesión polilobulada adyacente a la cúpula diafragmática izquierda, con captación de contraste similar al bazo en paciente esplenectomizado.

Fuente: López Calderón L. Hallazgos en imagen de la esplenosis. SERAM. 2019.

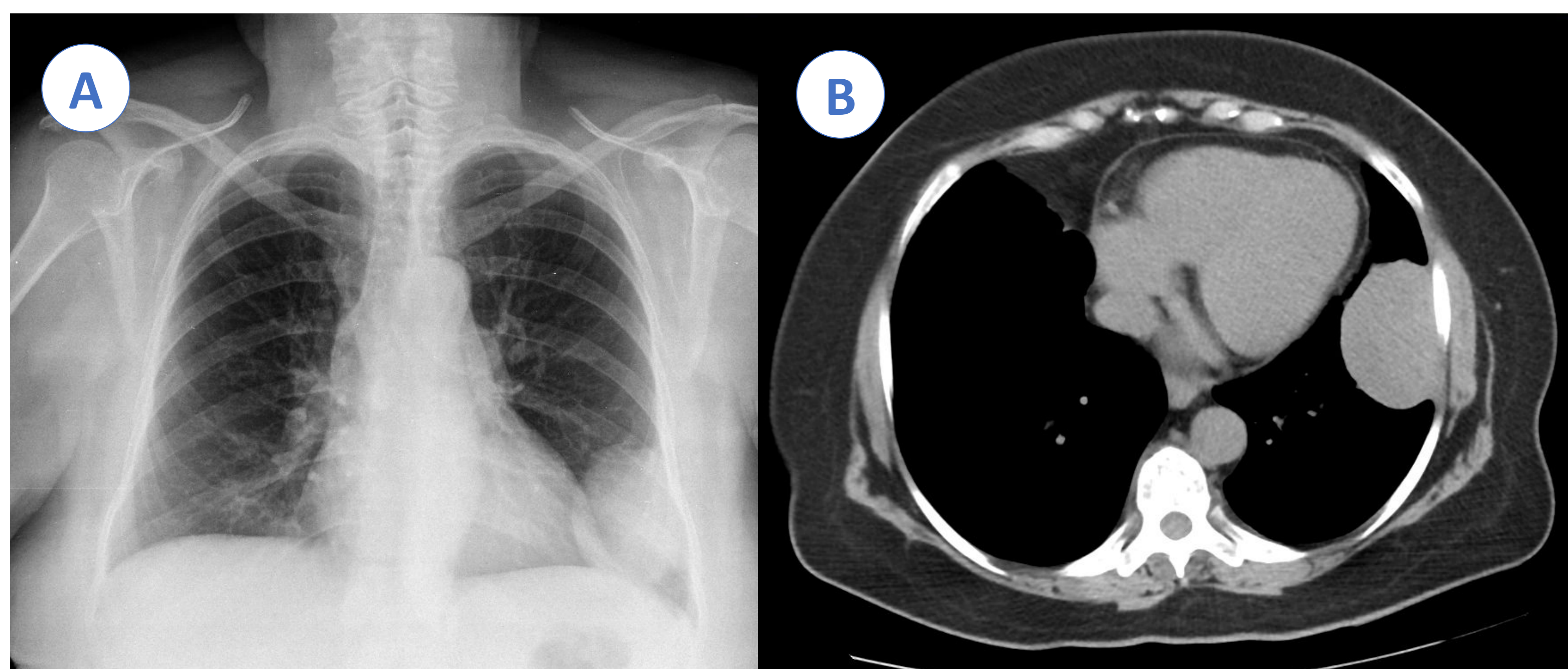
# Tumores pleurales

**c. Tumor fibroso localizado:** lesión única bien definida que contacta con la superficie pleural (visceral predominantemente) o cisura, ejerciendo efecto de masa sin llegar a invadir. Presenta un realce intenso y heterogéneo con contraste (necrosis y calcificaciones). Pueden estar pedunculados (50%), cambiando de forma y localización. Tumor primario raro que presenta un lento crecimiento y buen pronóstico (30% malignos). Tratamiento quirúrgico y seguimiento (15% recurrencia).



**Fig. 23. Tumor fibroso localizado**

A) Radiografía simple PA y lateral se observa una gran masa de alta densidad en hemitórax derecho, con bordes obtusos con respecto a pared torácica sugestiva de lesión pleural;  
B) TC de tórax con contraste donde llama la atención una gran lesión de realce heterogéneo en hemitórax derecho, en contacto con la pleura parietal, que presenta alguna microcalcificación.



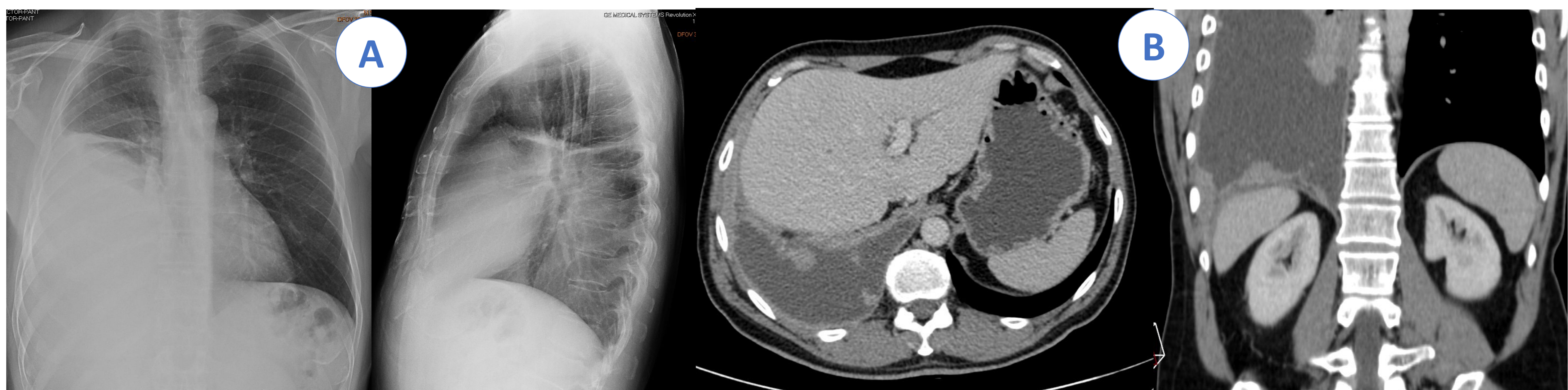
**Fig. 24. Tumor fibroso localizado**

A) Radiografía simple PA se observa una masa de alta densidad en hemitórax izquierdo, con bordes bien definidos y morfología redondeada; B) TC de tórax sin contraste donde llama la atención una lesión homogénea adyacente a la pared pleural.

# Tumores pleurales

## 2. TUMORES MALIGNOS

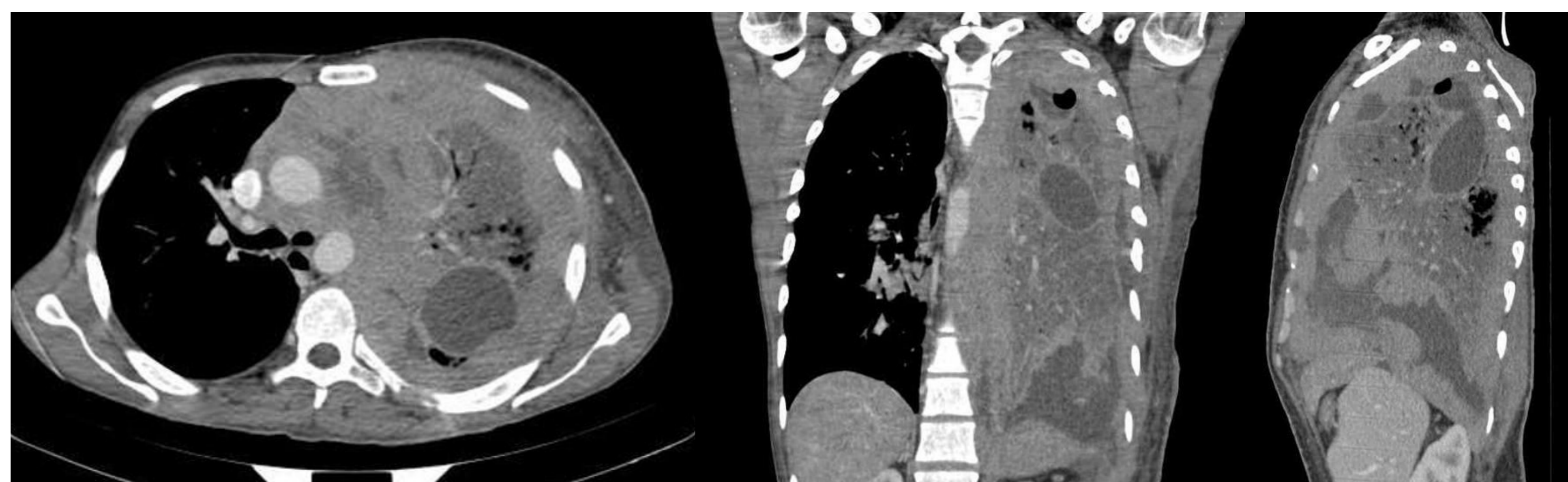
**a. Mesotelioma:** engrosamiento pleural parietal nodular, más frecuente en lóbulos inferiores, asociado generalmente a derrame pleural, pérdida de volumen del hemitórax ipsilateral con retracción mediastínica. Puede ser epitelial (50%), sarcomatoso o mixto. Ocasiona disnea, dolor torácico y síndrome constitucional. La estadificación y seguimiento se realiza con TC (TNM y RECIST modificado).



**Fig. 25. Mesotelioma**

A) Radiografía simple PA y lateral donde se observa una opacificación basal derecha; B) TC de tórax con contraste donde se observa un engrosamiento pleural derecho, de aspecto nodular, que asocia derrame pleural.

**b. Linfoma:** engrosamiento pleural nodular o en placas, asociado a derrame pleural. Conocido como “el gran simulador”, hay que hacer el diagnóstico diferencial con mesotelioma y metástasis. Lo más frecuente es afectación secundaria por Linfoma de células grandes tipo B.

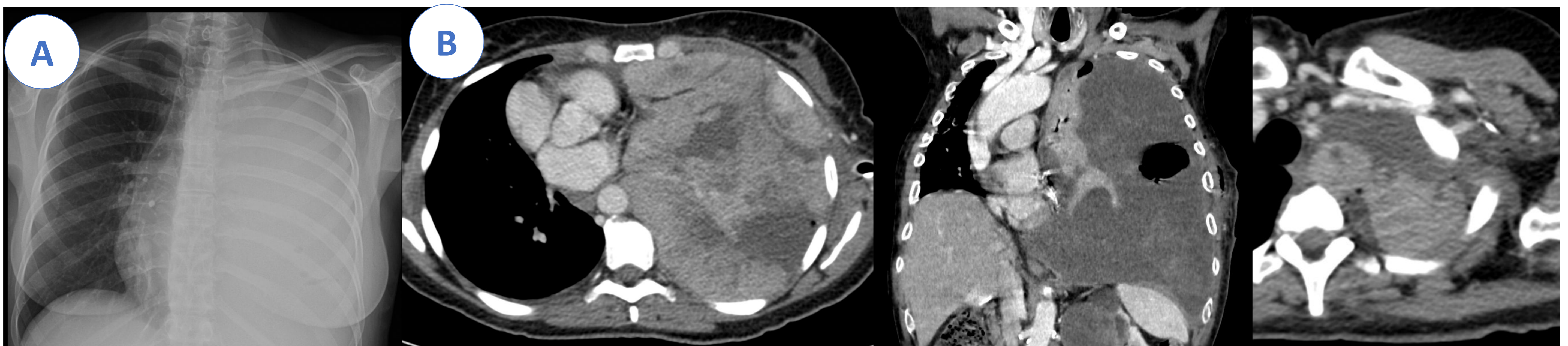


**Fig. 26. Linfoma no Hodgkin con afectación pulmonar**

TC de tórax con contraste donde llama la atención una extensa lesión que ocupa todo el hemitórax izquierdo, de aspecto heterogéneo y varias densidades, con engrosamiento pleural nodular y presencia de derrame loculado.

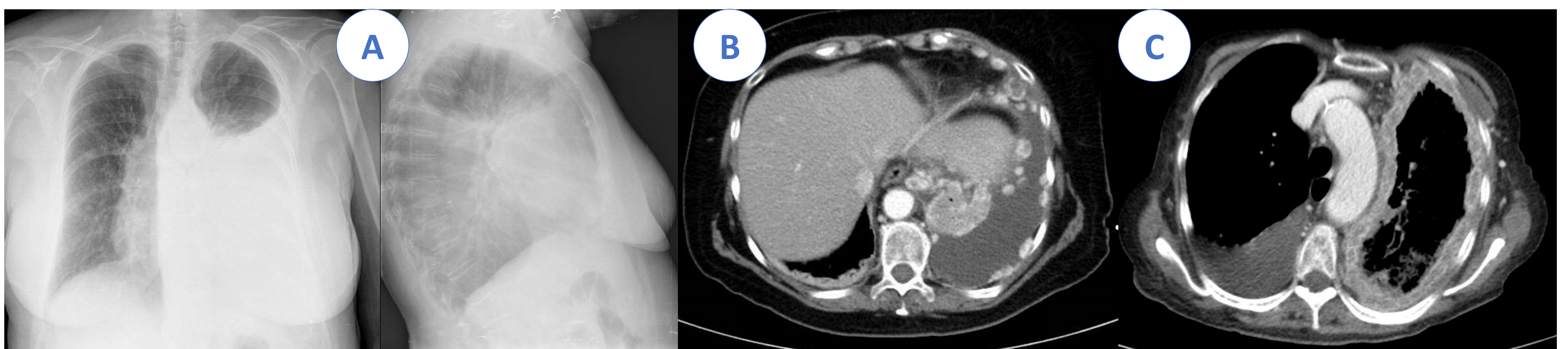
# Tumores pleurales

**c. Metástasis:** engrosamiento liso-nodular o masa pleural que puede estar asociado a derrame. Causado por invasión directa o por diseminación hematógena. Constituye la causa más frecuente de malignidad pleural, sobre todo de primario de pulmón y mama.



**Fig. 27. Derrame pleural masivo izquierdo con metástasis pleurales**

A) Radiografía simple PA donde se observa un velamiento del hemitórax izquierdo con desplazamiento mediastínico derecho; B) TC de tórax con contraste donde se evidencia un engrosamiento pleural izquierdo con infiltración pleural mediastínica y diafragmática que asocia masas pleurales que realzan tras contraste I.V. Todo ello, asociado a derrame pleural ipsilateral, condiciona un desplazamiento contralateral del mediastino. Infiltración tumoral de parénquima pulmonar en LSI. Todos estos hallazgos eran sugestivos de mesotelioma. Sin embargo, la AP confirmó que se trataba de metástasis de melanoma no conocido en una mujer de 53 años.



**Fig. 28. Derrame pleural izquierdo con metástasis pleurales**

A) Radiografía simple PA y lateral donde se observa un velamiento del hemitórax izquierdo; B) TC de tórax con contraste en fase arterial, observando derrame pleural izquierdo que asocia lesiones nodulares hipervasculares en relación con metástasis de tumor renal; C) TC de tórax con contraste en fase portal donde podemos observar un engrosamiento pleural izquierdo circunferencial, con derrame pleural derecho.

# Conclusiones

**La patología pleural engloba un amplio abanico de afecciones, algunas de ellas muy frecuentes y que pueden poner en peligro la vida del paciente, por lo que su reconocimiento precoz y correcto diagnóstico suponen un reto para el radiólogo, para un adecuado tratamiento.**

- El papel del radiólogo es imprescindible en el estudio de la patología pleural y seguimiento evolutivo.
- La radiología convencional es la técnica de primera elección en la aproximación diagnóstica, permitiendo determinar la localización y extensión.
- La TC es la técnica que mejor permite valorar las características de la patología gracias a su alta resolución espacial y sus reconstrucciones multiplanares. La posibilidad de administración de contraste es una herramienta morfológica esencial para el diagnóstico diferencial.
- El derrame es la patología pleural más frecuente.
- Las metástasis son la patología maligna más frecuente y el mesotelioma el tumor primario más frecuente.



# Referencias

1. Felson, B. Pleura. En: Radiología torácica (2ª Ed). España: Editorial científico-médica; 1978. p. 350-379
2. Rodríguez Modéjar, R. Anatomía de la pleura. En: Tórax. Aula-salud
3. Vargas Díaz AM, Fernández Cisnero V, Oliva Fonte C, Grasa Díaz J. Manifestaciones radiológicas de la patología pleural. SERAM. 2014.
4. Mesa Álvarez A, Prieto A, Cigarran Sexto H, Anes G. Estudio radiológico de la pleura: lo que el radiólogo debe conocer. SERAM. 2012.
5. Villanueva Delgado M, Hernández Palomino P, Gálvez González E. Tumor fibroso localizado de la pleura: Hallazgos por imagen. SERAM. 2012.
6. Lorenzo Górriz A, Cano Marquina AJ, Marco Domenech SF, Navarro Ballester A. Mesotelioma pleural maligno: características radiológicas, diagnóstico diferencial y estadificación. SERAM. 2014.
7. Quintana de la Cruz RM, Domínguez Ferreras E, Pastor Sánchez C, Caminero Pardo L, Villanueva Liñán J, Pérez Durán A. Evaluación diagnóstica de Masas Pleurales con TC. SERAM. 2012.
8. Maite Oyonarte W. Enfoque diagnóstico en el paciente con derrame pleural. Revista médica Clínica Las Condes. 2015;26(3):313–24.