

***HALLAZGOS
CLINICORRADIOLÓGICOS Y
PECULIARIDADES DEL
ASPERGILOMA
EN PACIENTES CON
AFECTACIÓN PULMONAR
CRÓNICA***

Teresa Domínguez Cejas, Nuria Delgado Ronda, Percy Alexander Chaparro García, Stela Fidalgo Hernández, Daniel Águeda del Bas, Miguel Ángel Corral de La Calle.

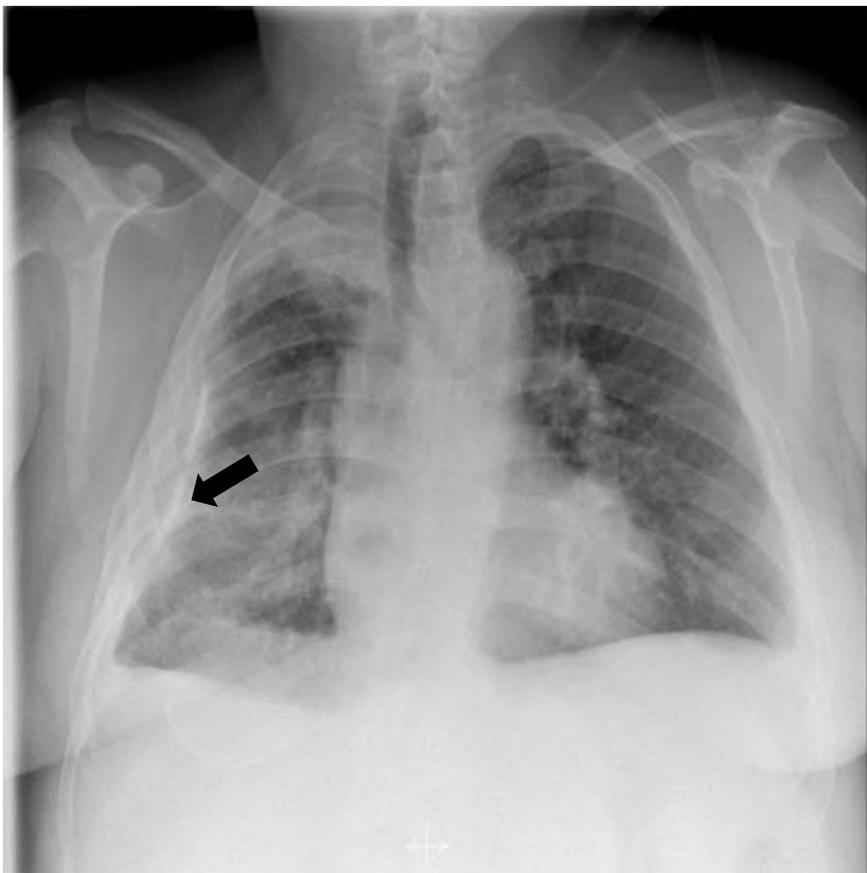
Complejo Asistencial de Ávila

Objetivo docente

- Revisar la epidemiología, características fisiopatológicas, probables causas así como manifestaciones clínicas y radiológicas de los aspergilomas pulmonares.
- Definir los aspectos técnicos de las exploraciones radiológicas y las pautas de manejo.

Revisión del tema

- Un aspergiloma es una entidad típica de pacientes inmunocompetentes con alteración estructural pulmonar establecida.
- Representa una masa de hifas entrelazadas, fibrina y diversos detritus celulares.
- La causa subyacente más probable es la tuberculosis (hasta un 80%), aunque también la sarcoidosis y numerosas enfermedades cavitarias, incluyéndose algunas menos frecuentes como la hidatidosis.



Figuras 1 y 2: RX simple de tórax en proyección posteroanterior. TC de alta resolución sin contraste en reconstrucción coronal.

Paciente varón de 42 años. Tuberculosis pleural a los 18 años.

Exfumador. Antecedente de hidatidosis hepática. Síndrome de obesidad-hipoventilación.

Se objetiva pérdida de volumen en hemitórax derecho con tractos fibrocicatriciales en el lóbulo superior.

Engrosamiento pleural y paquipleuritis calcificada homolateral (flecha negra) en relación a la tuberculosis conocida.

En el vértice pulmonar derecho se objetiva una imagen cavitada con unos diámetros estimados de 1,6x 2,7x 2,7 cm compatible con aspergiloma.

Las precipitinas séricas y el cultivo fueron positivos.

Revisión del tema

La radiología simple de tórax en dos proyecciones o anteroposterior ante un mal estado clínico del paciente se considera la prueba diagnóstica de inicio.

Los hallazgos en tomografía computerizada multicorte o de alta resolución (TCAR), que puede realizarse sin o tras administrar contraste endovenoso, consisten en una opacidad nodular o masa de atenuación de partes blandas, dentro de una cavidad preexistente de grosor parietal variable.

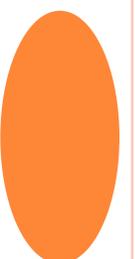
A veces no son tan bien definidos, adquiriendo una morfología irregular similar a una esponja.

Suele estar rodeado por una semiluna aérea, hallazgo denominado como "signo de Monod".

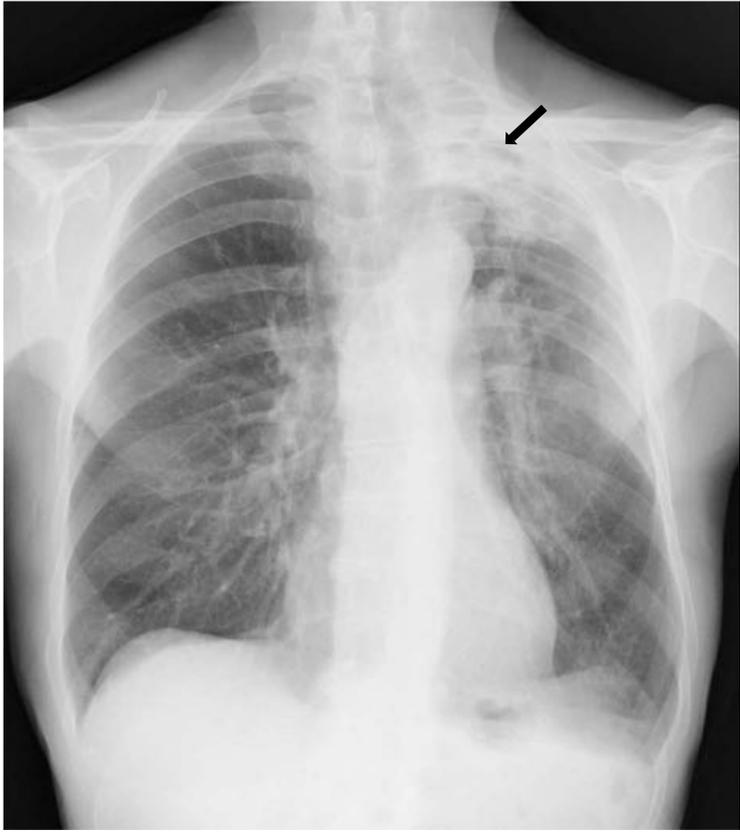
-A veces aparecen como hallazgo incidental en pacientes con otra patología subyacente.

-Habitualmente son saprofíticos y asintomáticos, aunque puede existir colonización por el género *Aspergillus*.

-La hemoptisis llega a ser una complicación clínica habitual e incluso de mal pronóstico, que suele ocurrir por erosión de una arteria bronquial adyacente.



Revisión del tema

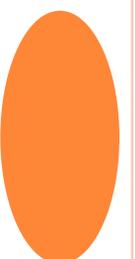


Figuras 3 y 4: RX simple en proyección posteroanterior. TC multicorte tras administración de contraste intravenoso en reconstrucción coronal.

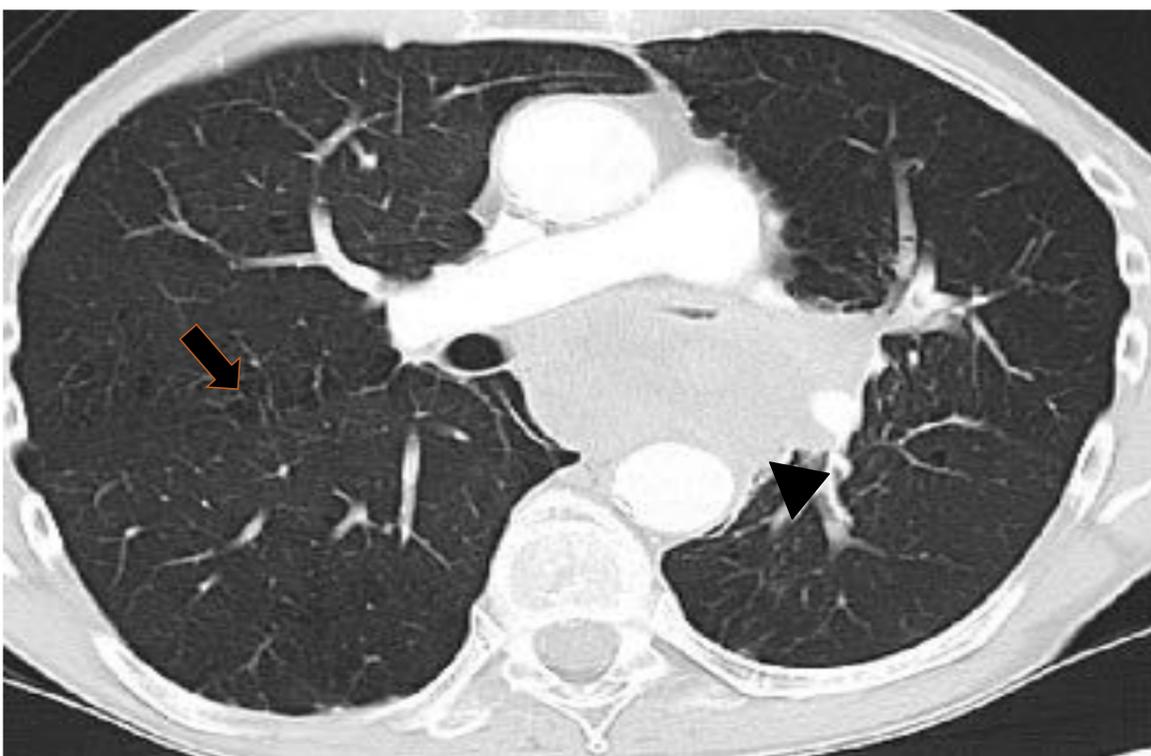
Paciente varón de 77 años, intervenido de quistes hidatídicos pulmonares. Presenta esputo hemoptoico como única sintomatología.

Se aprecia una pérdida de volumen del lóbulo superior izquierdo con cambios postquirúrgicos, bronquiectasias y engrosamiento pleural residual. En vértice izquierdo existe una cavidad de 3,7x 3x2 cm ocupada parcialmente por una lesión pseudonodular de atenuación de partes blandas en su interior.

Signo de Monod positivo (flecha negra) ya visible incluso en Rx. En los cortes axiales y decúbito lateral derecho (no incluidos) se demostró desplazamiento gravitacional hacia la región declive.



Revisión del tema



Figuras 5 y 6: TC multicorte tras administración de contraste intravenoso. Adquisiciones axiales.

Paciente de 60 años. Fumador activo. Presenta desde hace 2 meses tos con escasa expectoración mucosa. Pérdida de peso de 4-5 kg, astenia y anorexia. Ingresado por infección respiratoria y fiebre.

Se observan engrosamientos pleuroparenquimatosos de aspecto cicatricial en ambos vértices pulmonares así como áreas de enfisema paraseptal y centrolobulillar (flechas negras). Masa lobulada de hasta 3,7 cm de densidad de partes blandas alojada en el interior de una cavidad de paredes relativamente gruesas en vértice derecho compatible con aspergiloma, corroborado mediante cultivo.

Masa parahiliar izquierda con extensión a la región subcarinal (punta de flecha negra) de 7,3x 4x 7 cm que engloba el bronquio principal izquierdo y pierde plano de clivaje con aorta descendente y ramas pulmonares. Fue compatible con carcinoma epidermoide estadio IIIA (T4N0M0).

Conclusiones

-El aspergiloma es una afectación saprofítica no invasiva en huéspedes inmunocompetentes, que asienta en cavidades pulmonares preexistentes.

-La TC multicorte o de alta resolución se considera la herramienta diagnóstica de elección, aunque la Rx simple puede darnos alguna pista.

-El “signo de Monod” y su carácter móvil son hallazgos típicos en imagen.

Bibliografía

1- L. Koren Fernandez, S. Alonso Charterina, A. Alcalá-Galiano Rubio, M.A. Sánchez Nistal. **The different manifestations of pulmonary aspergillosis: multidetector computed tomography findings**
Radiologia, 56 (2014), p. 496-504

2- J. Kadota. **Update and recent advances on the management of invasive and chronic pulmonary aspergillosis**
Respir Investig, 54 (2016), p. 75

3- S. Raveendran, Z. Lu. **CT findings and differential diagnosis in adults with invasive pulmonary aspergillosis**
Radiology of Infectious Diseases, 5 (2018), p. 14-25

4- P. Panse, M. Smith. **The many faces of pulmonary aspergillosis: Imaging findings with pathologic correlation**
Radiology of Infectious Diseases, 3 (2016), p. 192-200

