

LO QUE LA PLEURA ESCONDE REVISIÓN DE LA PATOLOGÍA MAS FRECUENTE

Ana Isabel Barrio Alonso, Daniel García Pérez, Encarnación Nava Tomás, Beatriz Escobar Mallada, Alejandro Cernuda García, Débora Vizcaíno Domínguez
Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

- Revisión de la anatomía de la pleura
- Diagnóstico diferencial de la patología de la pleura y sus hallazgos radiológicos característicos

REVISIÓN DEL TEMA

La pleura es una estructura dinámica que recubre y protege los pulmones. Está formada por dos hojas, una que recubre el mediastino, la superficie interna de caja torácica y el diafragma llamada pleura parietal y otra hoja, que recubre los pulmones y se invagina en el parénquima formando las cisuras, llamada pleura visceral.

Las cisuras son visibles si el haz de rayos X es tangencial a ellas. Se dividen en:

- cisuras interlobares:
 - cisura mayor derecha (entre los lóbulos superior y medio)
 - cisura mayor izquierda (separa el lóbulo inferior del lóbulo superior y língula)
 - cisura menor (entre lóbulo medio y superior)
- cisuras accesorias: se sitúan dentro de cada lóbulo.

El espacio pleural está delimitado por la pleura visceral y la parietal, no siendo visible en una radiografía de tórax en condiciones normales.

La inervación sensitiva de la pleura parietal depende de los nervios intercostales y frénicos. La pleura visceral no tiene sensibilidad.

La vascularización de la pleura parietal depende de las arterias intercostales, frénicas y mamarias internas y la de la pl. visceral depende de las arterias bronquiales.

Los signos radiológicos que permiten considerar una lesión como extrapulmonar son:

- signo del “borde incompleto”, solo se define el borde en contacto con el pulmón
- ángulos obtusos con la pared torácica
- borde bien definido y convexo en su interfase con el pulmón en la visión de perfil (Fig 1)

a diferencia de las lesiones intrapulmonares que presentan bordes bien definidos y forman ángulos agudos con pared torácica.

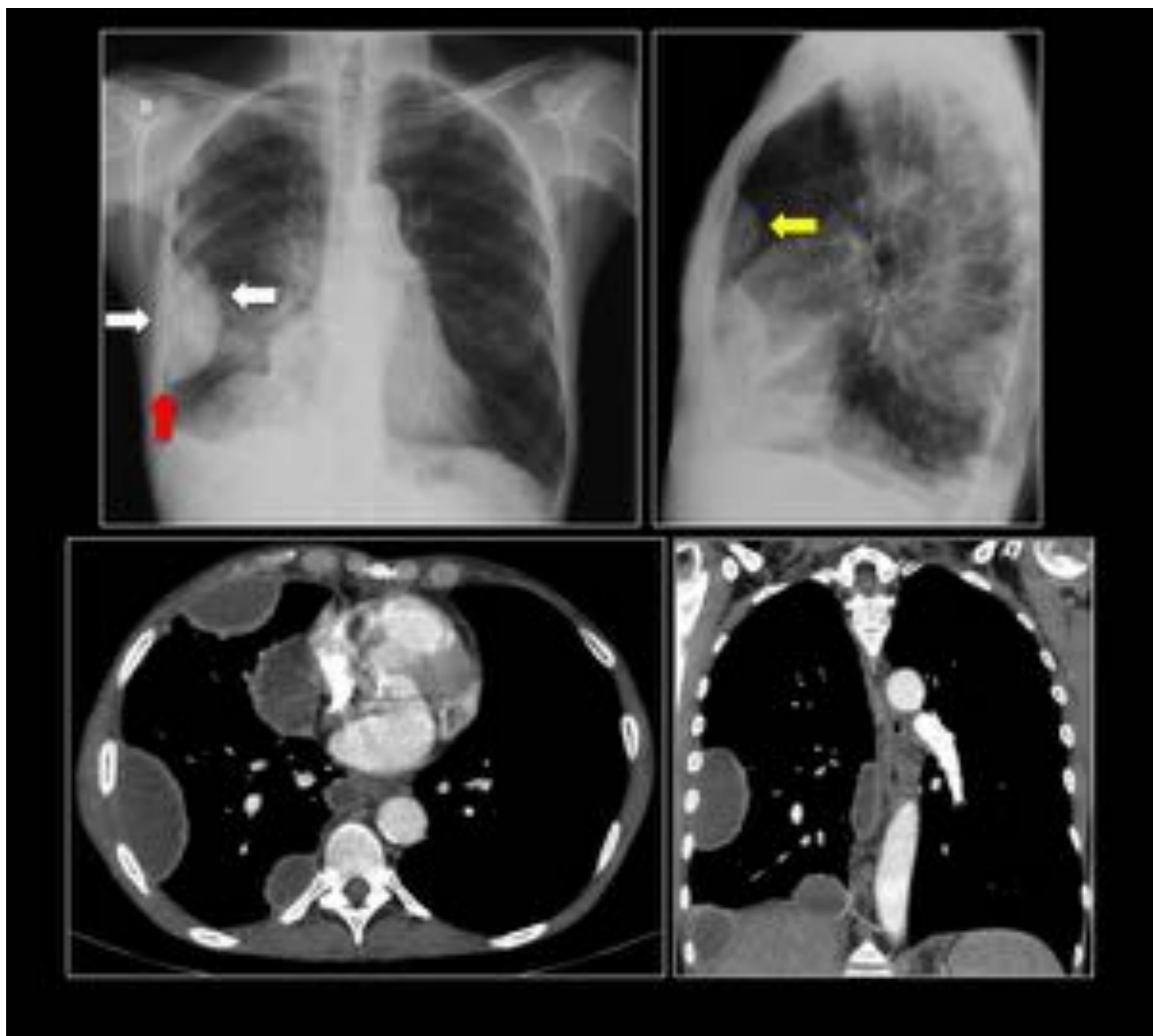


Fig 1. Semiología de las lesiones extrapulmonares. Signo del “borde incompleto” (flechas blancas), ángulos obtusos con la pared torácica (flecha roja) y borde bien definido y convexo en su interfase con el pulmón en la visión de perfil (flecha amarilla). Hospital Universitario Central de Asturias.

RESULTADOS

1. DERRAME PLEURAL

- Acumulación de líquido en el espacio pleural producido por la alteración de las fuerzas homeostáticas que controlan el flujo de entrada y salida del mismo. La cantidad normal de fluido en el espacio pleural es de 5 ml.
- Puede ser trasudado o exudado
- El trasudado resulta de un aumento de la presión hidrostática capilar o de una disminución de la presión osmótica del plasma. Se produce en procesos sistémicos como la insuficiencia cardíaca, síndrome nefrótico, cirrosis hepática y no requiere más pruebas diagnósticas.
- Los exudados se deben a un incremento de la permeabilidad de la circulación microvascular debido a procesos inflamatorios, infecciosos, tromboembolismo pulmonar, colagenosis, neoplásicos...
- El derrame pleural puede tener líquido libre que en bipedestación se acumula, inicialmente, en la posterior del hemitórax, que es la más declive, y en región subpulmonar para posteriormente ascender por la pared torácica y zona paramediastínica dibujando un límite superior cóncavo con forma de menisco (Fig 2).

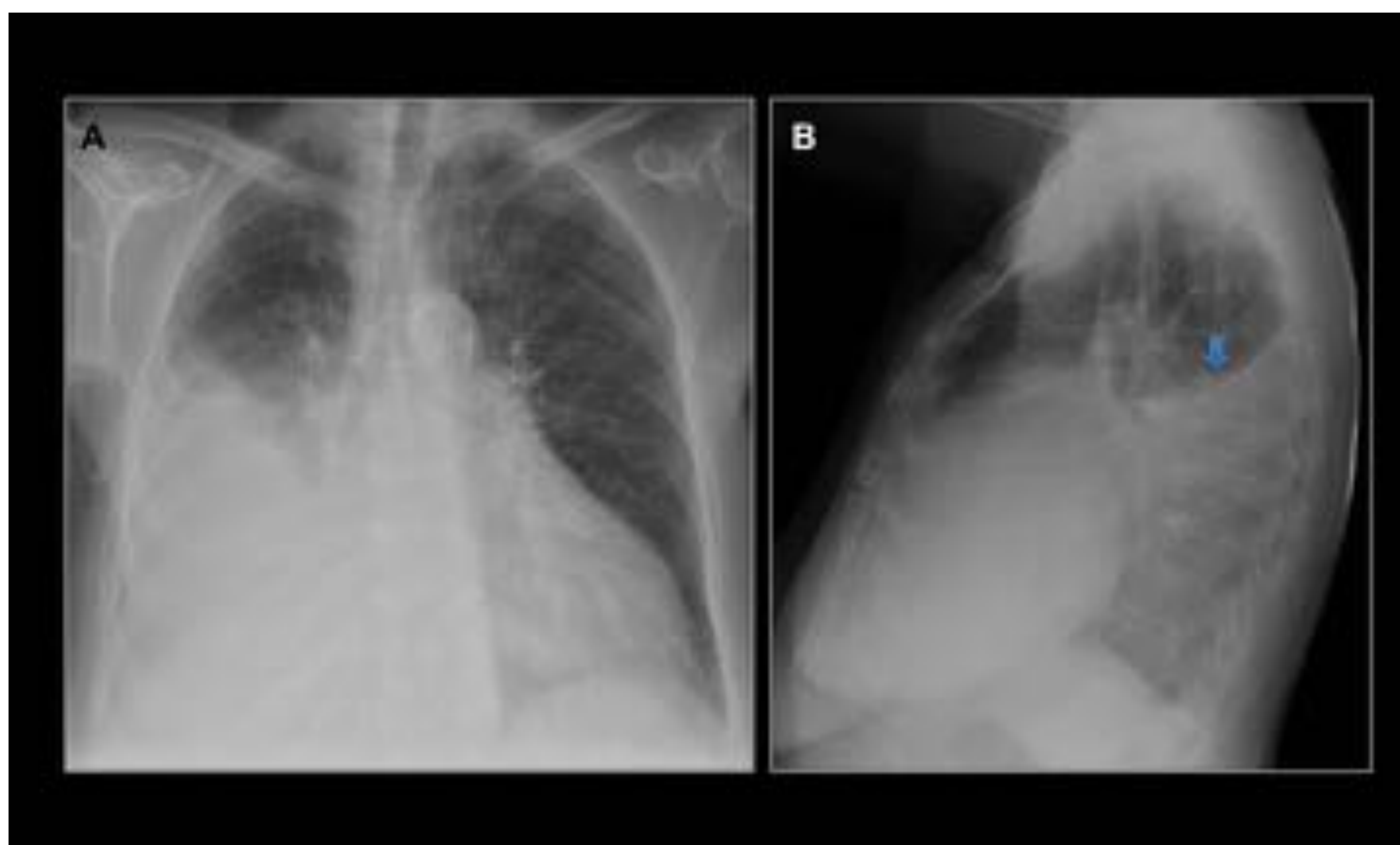


Fig 2. Derrame pleural. (A,B) Radiografía tórax 2P: importante derrame pleural derecho con acúmulo posterior. Límite superior cóncavo con forma de menisco (flecha azul). Hospital Universitario Central de Asturias

- Los signos que nos indican la existencia de derrame pleural en un paciente en decúbito son (Fig 3):
 - aumento difuso de la densidad del hemitórax con borramiento de los vasos por debajo del diafragma.
 - pérdida del habitual límite nítido del hemidiafragma homolateral
 - ocupación del vértice pulmonar por un "casquete apical "
 - pinzamiento del seno costofrénico
 - ensanchamiento de la cisura menor
 - engrosamiento de las líneas paraespinales.



Fig 3. Derrame pleural. (A,B) Radiografía tórax AP en sedestación: importante derrame pleural izquierdo, con aumento difuso de la densidad del hemitórax homolateral con borramiento de los vasos, pinzamiento del seno costofrénico izquierdo y pérdida del límite del hemidiafragma. Hospital Universitario Central de Asturias

- En un derrame masivo los signos serán: velamiento de un hemitórax, aplanamiento o inversión diafragmática, borramiento de los vasos y desplazamiento mediastínico contralateral.

1.1. Empiema

- Acumulación de pus en la cavidad pleural. Si el líquido es libre tiene los mismos signos que un derrame, pero frecuentemente se localiza presentando entonces localizaciones atípicas y signos de lesión extrapulmonar (márgenes obtusos y morfología lenticular).
- TC con contraste muestra realce y engrosamiento liso de la pleura, y aumento de la atenuación de la grasa extrapleural (Fig 4). La presencia de líquido entre las pleuras visceral y parietal engrosadas da lugar al signo de "la pleura escindida". Las loculaciones tienen morfología lenticular, con márgenes obtusos y presentan efecto masa sobre el parénquima adyacente lo que permite distinguirlo de un absceso pulmonar.

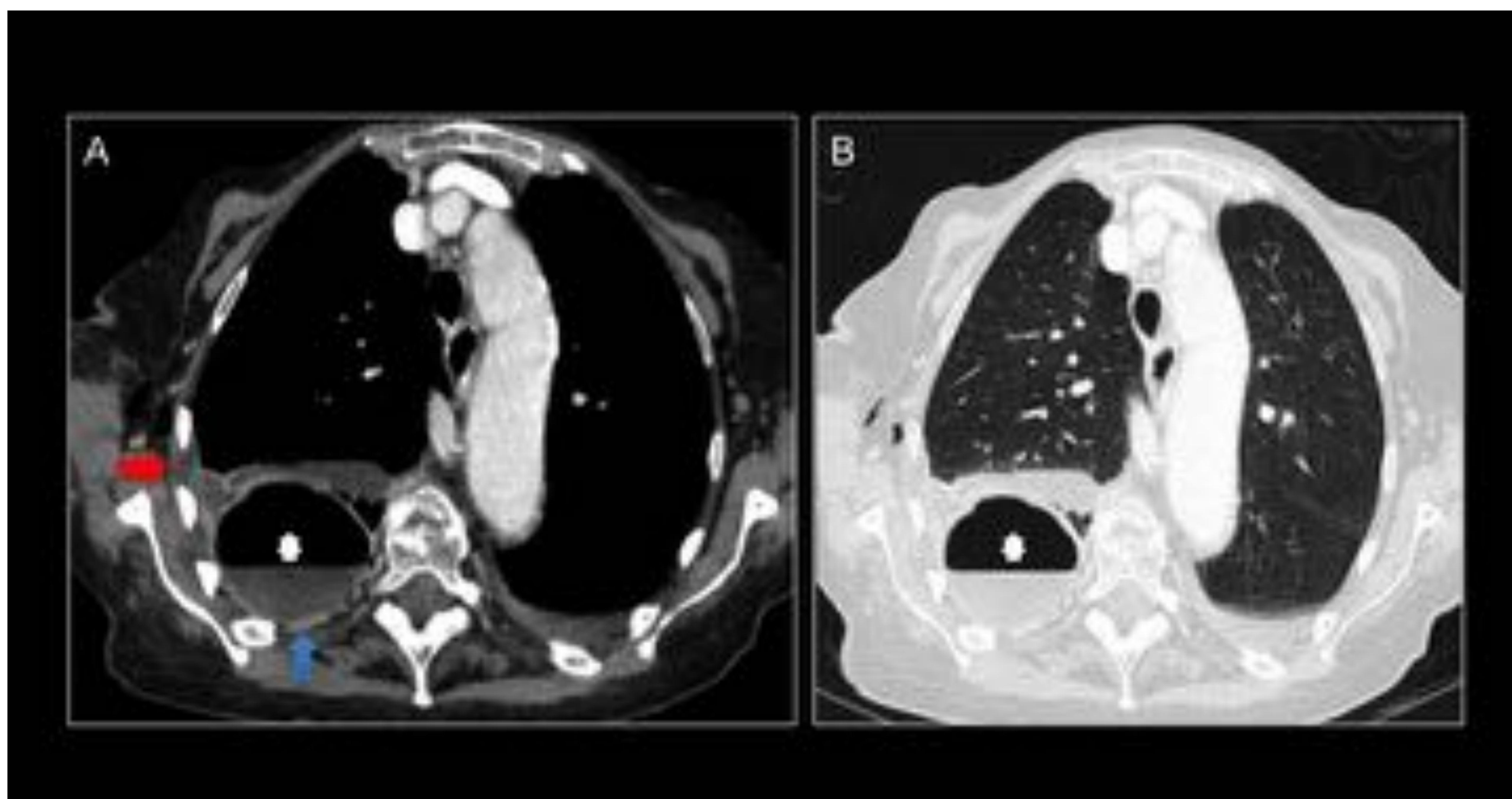


Fig 4. Empiema pleural. (A,B) Tc tórax con contraste: pleura costal posterior derecha engrosada e hipercaptante (flecha azul) con colección con nivel hidroaéreo (asterisco blanco) en su interior y aumento de la atenuación de la grasa extrapleural (flecha roja). Hospital Universitario Central de Asturias

1.2. Quilotórax

Presencia de linfa en el espacio pleural. Las causas más frecuentes son: trauma externo, cirugía torácica (en zonas pericarinal, subaórtica, paravertebral inferior) neoplasias, especialmente linfoma... En la TC puede tener una densidad menor al agua por la presencia de grasa, pero generalmente es indistinguible de un derrame.

1.3. Hemotórax

Presencia de sangre en el espacio pleural. Si es agudo puede verse niveles líquido-líquido ("efecto hematocrito"). La causa más frecuente es el traumatismo penetrante (Fig 5).



Fig 5. Hemotórax. (A) Radiografía de tórax AP: derrame pleural izquierdo. Tc tórax con contraste en fase arterial (B) y venosa (C): derrame pleural izquierdo de alta densidad, secundario a cirugía previa, con dos puntos de sangrado activo que se visualizan en la fase arterial (flecha roja) y aumentan en la fase venosa (flecha azul). Prótesis mamaria derecha. Hospital Universitario Central de Asturias

2. NEUMOTÓRAX

- Presencia de aire en la cavidad pleural.
- Puede ser:
 - espontáneo primario (sin causa conocida subyacente) más frecuente en hombres, fumadores, con hábito asténico, generalmente debido a rotura de vesículas o bullas subpleurales.
 - secundario a enfermedad pulmonar preexistente como EPOC (causa más frecuentes... o iatrogénicos, la mayoría, por punción aspiración, toracocentesis y presión ventilatoria positiva.

- Las manifestaciones clínicas más frecuentes son dolor torácico de características pleuríticas y disnea.
- Con el paciente en bipedestación el aire libre se acumula en la región ápicolateral. La cantidad mínima que se puede visualizar es de 50 ml.
- El diagnóstico se basa en la visualización de una línea pleural fina y paralela a la pared torácica. Si existe colapso pulmonar el aumento de la densidad del parénquima pulmonar con respecto al contralateral nos debería sugerir el diagnóstico (Fig 6).
- En pequeños neumotórax difíciles de visualizar en RX PA se realizará radiografía PA en espiración (Fig 7) o una radiografía en decúbito lateral, con el lado sano en la posición declive.

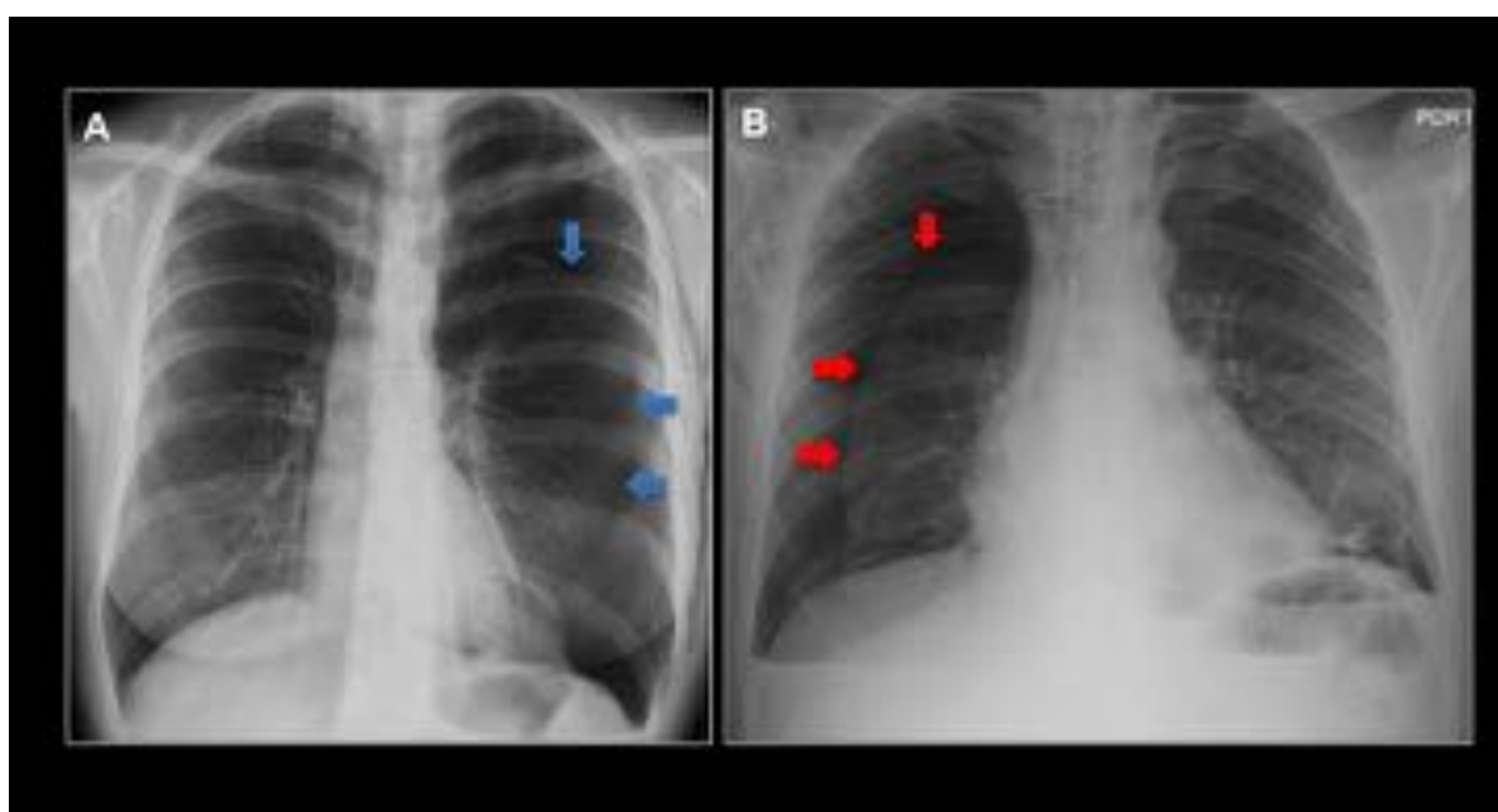


Fig 6. (A) Radiografía de tórax PA: marcado neumotórax izquierdo (flechas azules) con colapso del pulmón homolateral. (B) Radiografía de tórax PA: neumotórax derecho (flechas rojas) con colapso del pulmón homolateral sin desviación mediastínica. Hospital Universitario Central de Asturias



Fig 7. Neumotórax inferior y medial en la radiografía de tórax en espiración (A) (flechas azules), que se hace más evidente en la TC sin contraste (B) (flechas rojas). Hospital Universitario Central de Asturias.

2.1. Neumotórax a tensión

- Se considera neumotórax a tensión cuando la presión en el espacio pleural excede la presión atmosférica.
- Hallazgos radiológicos incluyen (Fig 8):
 - desviación de la línea mediastínica anterior hacia el lado contralateral
 - aplanamiento del borde cardiaco
 - depresión del hemidiafragma
 - incremento de la separación costal
 - aumento de volumen torácico.
- Es una urgencia médica ya que pone en riesgo la vida del paciente por la hipoxemia y la dificultad del retorno venoso al corazón.

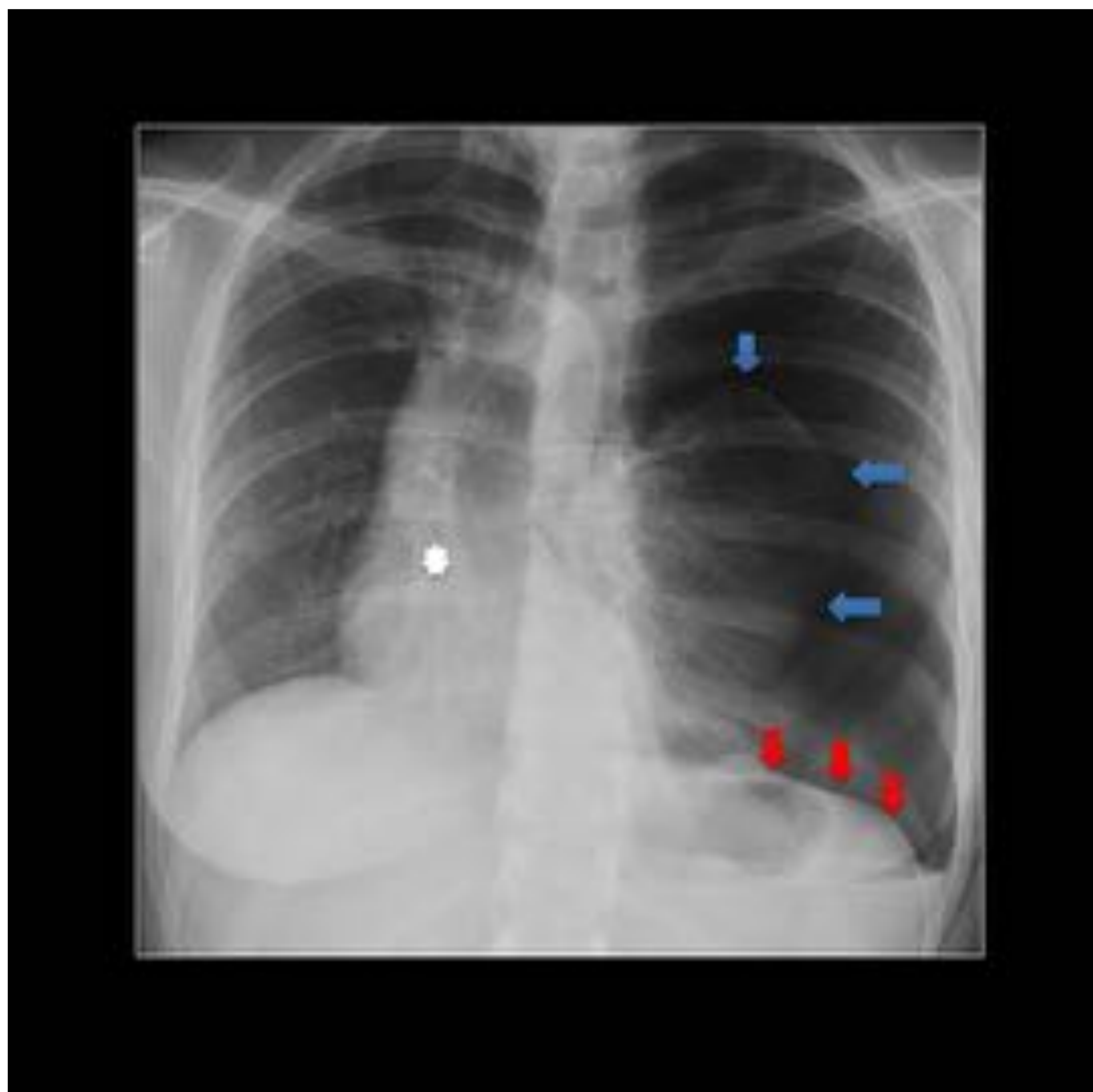


Fig 8. Neumotórax a tensión. Radiografía tórax AP: Neumotórax a tensión izquierdo (flechas azules) con colapso del pulmón homolateral, desviación mediastínica contralateral (asterisco blanco), aumento del volumen del hemitórax izquierdo, aumento de la separación intercostal y aplanamiento del hemidiafragma izquierdo (flechas rojas). Hospital Universitario Central de Asturias

2.2 Hidroneumotórax

- Acumulación de líquido y gas en la cavidad
- Entre sus causas se encuentran las fístulas broncopleurales, rotura esofágica y cirugía de tubo digestivo.

3. PATOLOGÍA SECUNDARIA A LA EXPOSICIÓN AL ASBESTO

3.1. BENIGNA

3.1.1 Placas pleurales

- Es la manifestación más frecuente de la inhalación de asbesto. Son asintomáticas y se pueden observar a partir de los 20-30 años de exposición. Suelen ser bilaterales, pero no simétricas y calcifican con frecuencia (5-50%). Se localizan con preferencia en pleura diafragmática (Fig 9) y torácica postero-lateral entre 7º y 10º costillas (Fig 10), respetando, generalmente, los ángulos costofrénicos y los ápex pulmonares.

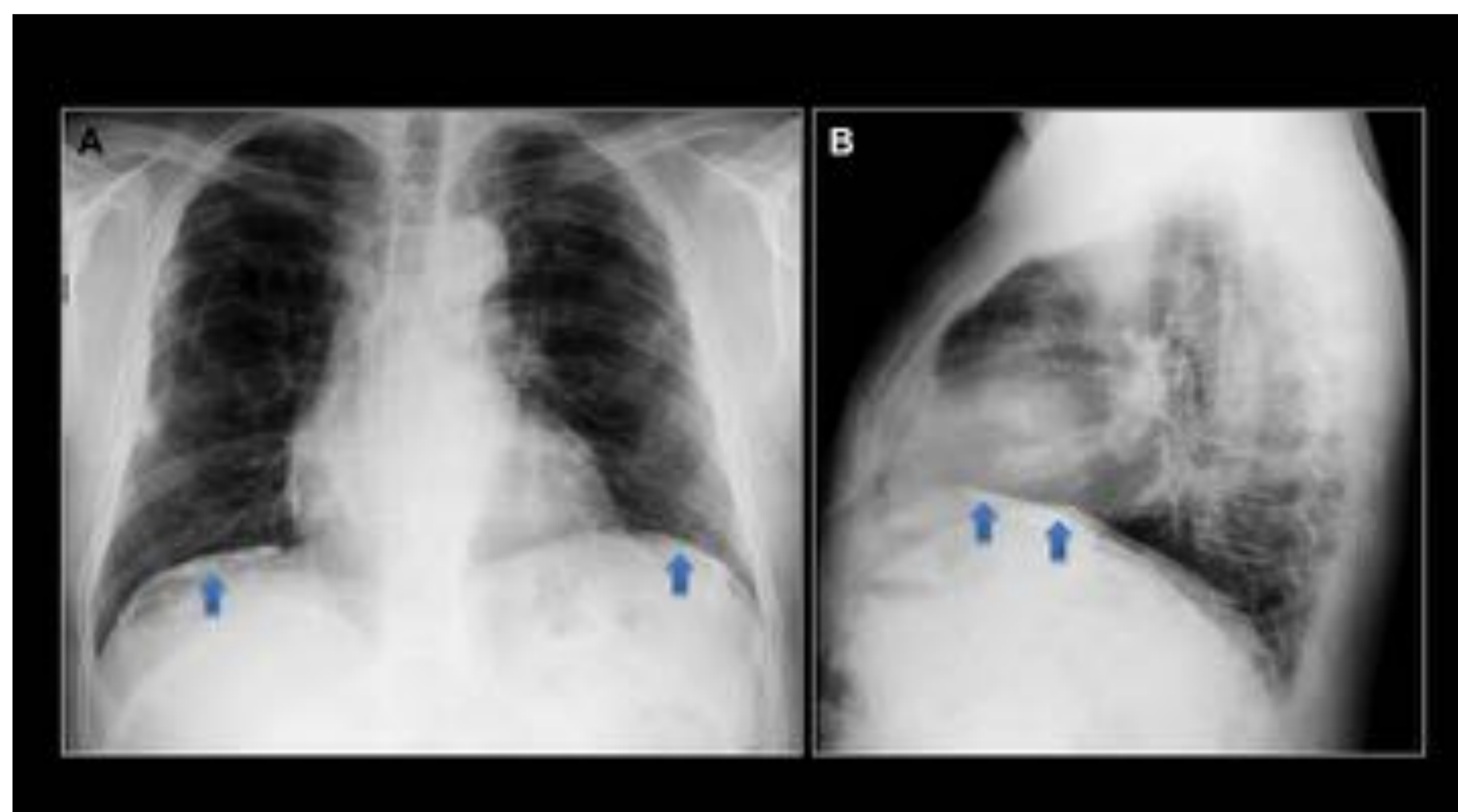


Fig 9. Placas pleurales calcificadas. (A,B) Radiografía tórax 2P: Placas pleurales calcificadas (flechas azules) en pleura diafragmática bilateral. Hospital Universitario Central de Asturias.

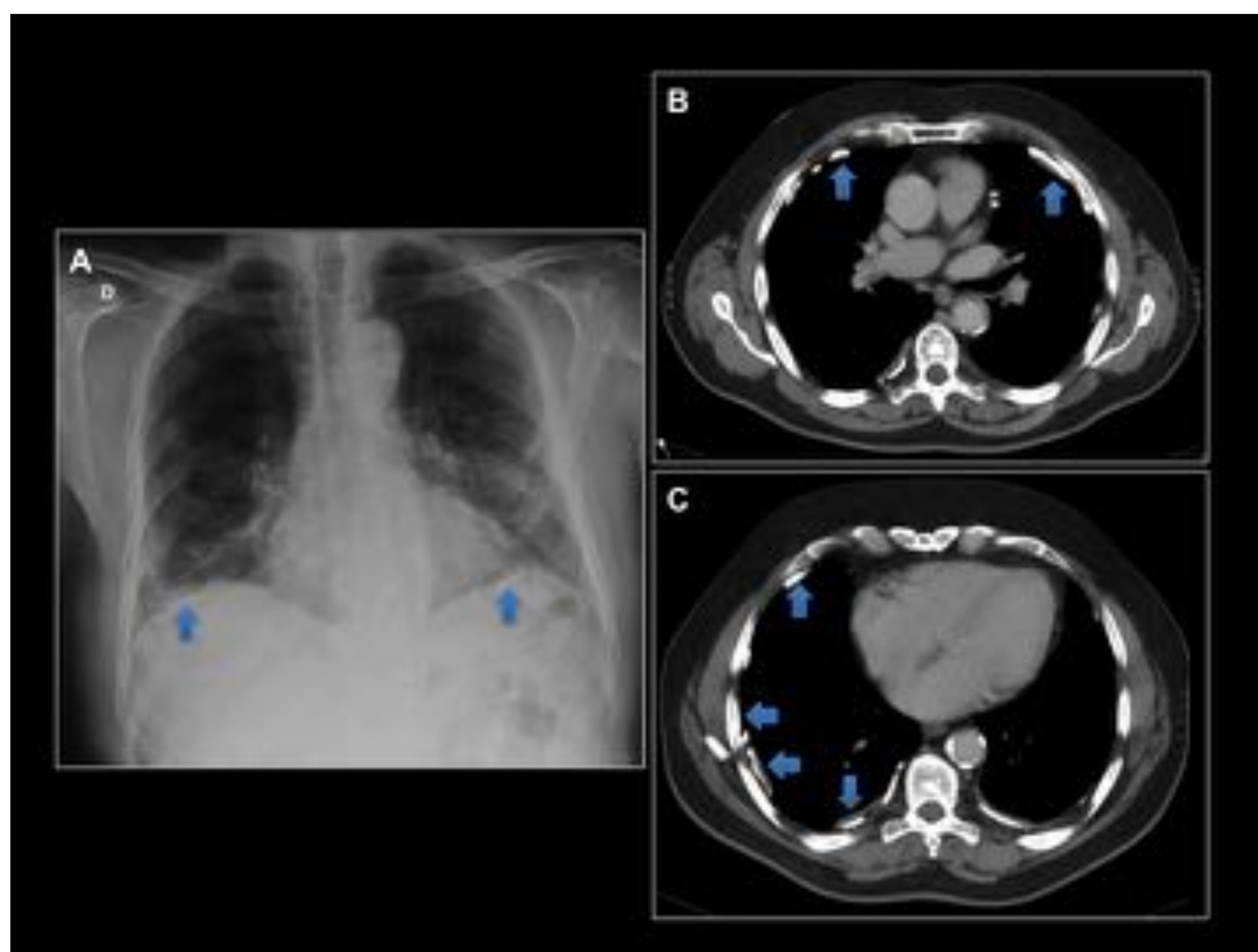


Fig 10. Placas pleurales calcificadas. Radiografía de tórax PA (A) y Tc tórax sin CIV (B,C): Placas pleurales calcificadas (flechas azules) en pleural intercostal lateral y cúpulas diafragmáticas. Hospital Universitario Central de Asturias.

3.1.2. Derrame pleural benigno

- Manifestación más temprana de exposición al asbesto (a los 10-20 años), generalmente de pequeña cuantía y recidivante (28%).
- Suele resolverse espontáneamente pero puede persistir o hacerse bilateral.
- En pacientes con sospecha de exposición al asbesto un derrame pleural no filiado debe seguirse 2-3 años para excluir patología tumoral.

3.1.3. Fibrosis pleural difusa

- Engrosamiento pleural liso, ininterrumpido, que se extiende a lo largo de, al menos una cuarta parte de la pared torácica. Se produce por fusión y fibrosis de las pleuras parietal y visceral secundaria a derrames pleurales recidivantes.
- Los ángulos costofrénicos se obliteran parcial o completamente.
- Es menos específica de exposición al asbesto que las placas pleurales
- Causas: exposición al asbesto, lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, hemotórax, drogas y radiación.
- TC: engrosamiento mayor de 5 cm de longitud antero-posterior, 8 cm de eje craneo-caudal, y mayor de 3 mm de grosor, con obliteración de los senos costofrénicos (Fig 11).
- Se diferencia de las placas pleurales por su mayor extensión, bordes imprecisos y obliteración de los senos costofrénicos. Las calcificaciones son infrecuentes y a menudo se asocian a bandas parenquimatosas y a atelectasias redondas.
- Diagnóstico diferencial: grasa extrapleural (en la Rx simple), tuberculosis, empiema y enfermedad pleural maligna.



Fig 11. Fibrosis pleural difusa. Tc tórax sin contraste: engrosamiento difuso de la pleura costal derecha (flechas rojas). Hospital Universitario Central de Asturias.

3.1.4. Atelectasia redonda

- Atrapamiento de una parte del pulmón subyacente a una superficie pleural afectada por un proceso fibrótico.
- Plegamiento pleural que atrapa el parénquima contiguo retrayendo los bronquios y vasos hacia la zona de forma que dibujan una imagen radiológica que se conoce como “cola de cometa” (Fig 12).
- La forma de cuña o redondeada subpleural, el engrosamiento pleural subyacente y la “cola de cometa” la distinguen de otras lesiones, especialmente las tumorales.



Fig 12. Atelectasia redonda. Tc tórax sin contraste: atelectasia redonda (flecha roja) en base pulmonar derecha, en contacto con la pleura, con pérdida de volumen del lóbulo inferior derecho, atrapamiento del parénquima pulmonar y disposición de los vasos y bronquios con forma de “cola de cometa”. Hospital Universitario Central de Asturias.

3.2. **MALIGNA**

3.2.1. Mesotelioma Maligno

- Tumor originado de las células mesoteliales con tres subtipos: Epitelioide (60%), Sarcomatoide (10%), y Mixto (30%).
- Es la neoplasia primaria maligna más frecuente de la pleura y la segunda neoplasia maligna más frecuente, después de las metástasis.
- Fuertemente asociado a la exposición al asbesto, con un período de latencia de 20-50 años. El pronóstico es malo, con una supervivencia media de 9-17 meses.

- Radiografía de tórax: amplio abanico de hallazgos, desde normal en un estadio inicial hasta opacificación completa del hemitórax. La manifestación mas frecuente es un derrame pleural unilateral que no desplaza mediastino. También podemos observar engrosamiento pleural difuso o más característicamente nodular (Fig 13), que da un aspecto de coraza, y masas pleurales.
- La asociación de placas pleurales calcificadas, sugiere relación con la exposición al asbesto.

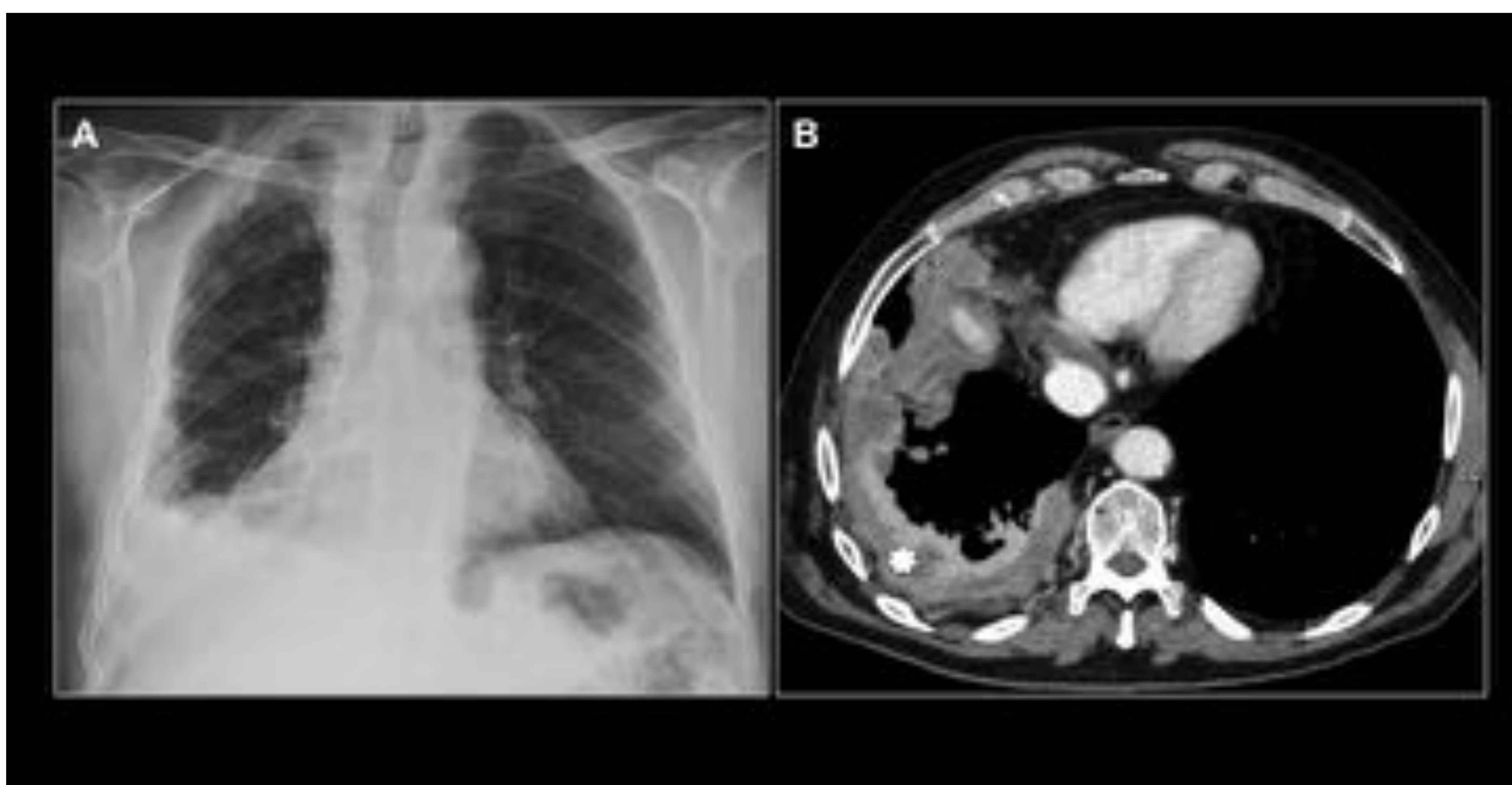


Fig 13. Mesotelioma maligno. Radiografía de tórax (A) y Tc tórax con contraste (B). Mesotelioma maligno (asterisco blanco) que se presenta con derrame pleural derecho loculado y engrosamiento pleural nodular hipercaptante. Hospital Universitario Central de Asturias.

4. PATOLOGÍA TUMORAL

4.1. PRIMARIA

4.1.1. Tumor fibroso localizado de la pleura (TFP)

- Neoplasia pleural rara, con comportamiento biológico generalmente benigno y de crecimiento lento, que se origina del tejido conjuntivo submesotelial. Asientan en cualquier localización de la pleura, pueden ser pediculados simulando lesiones intrapulmonar (Fig 14).
- Radiografía simple de tórax: masa de partes blandas homogénea, bien delimitada con signos de lesión extrapulmonar aunque puede simular lesión intrapulmonar.

- TC sin CIV: masa de partes blandas, bien definida, con contorno redondeado o lobulado y atenuación homogénea en los de pequeño tamaño. La mayoría asientan en la pleura visceral y la mitad son pedunculados.
- TC con contraste IV: la lesión realza más que los tejidos de partes blandas por gran vascularización (Fig 15). Los tumores de mayor tamaño son heterogéneos por necrosis, hemorragia, áreas mixoides o degeneración quística.
- Calcificaciones presentes en 26% de los tumores.
- Raramente produce erosión de las costillas o invasión de la pared torácica.
- Formas malignas de TFP son indistinguibles de las benignas mediante imagen, aunque suelen ser masas mayores de 10 cm y asocian frecuentemente necrosis central y derrame pleural.

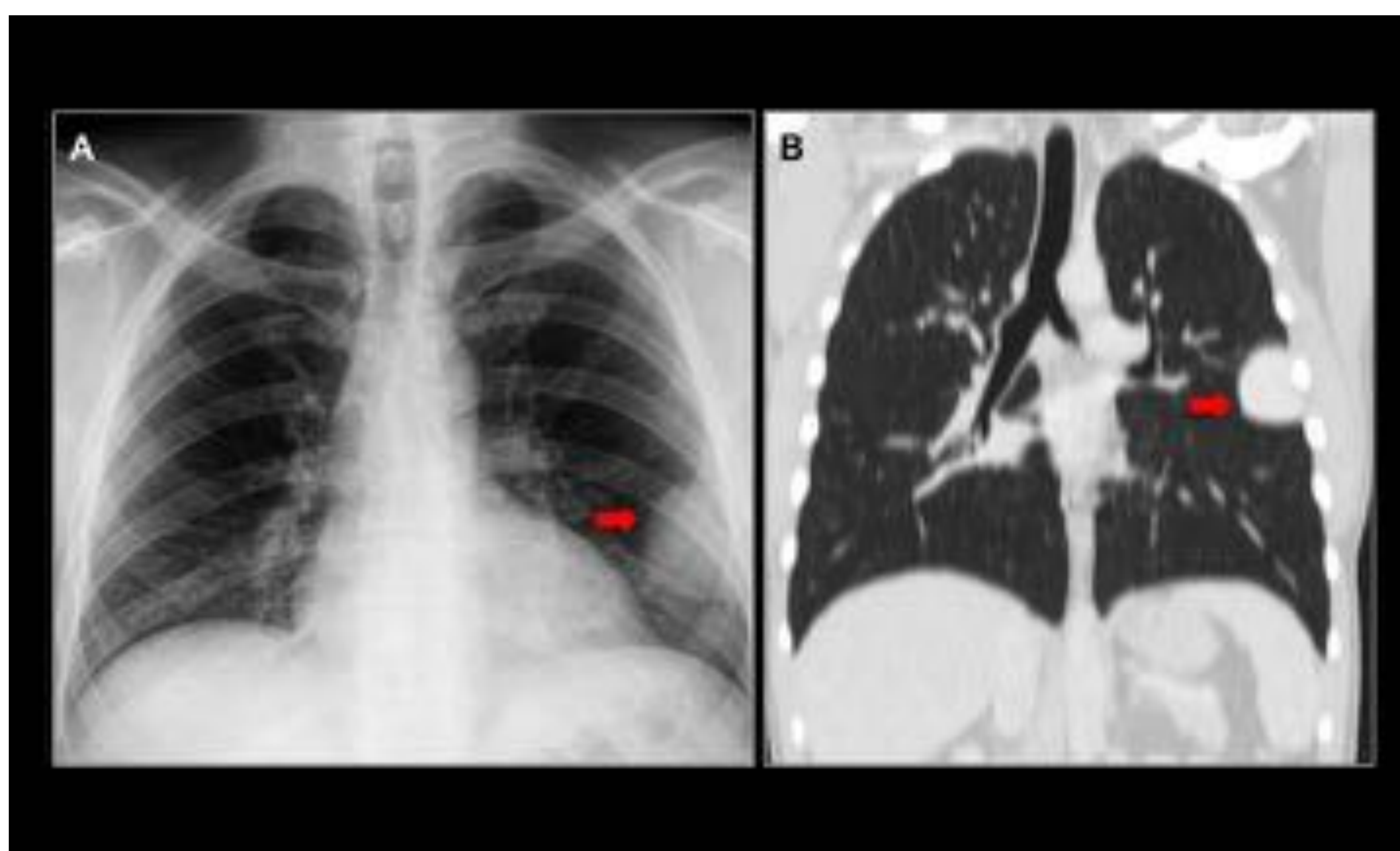


Fig 14. Tumor fibroso pleural. Radiografía tórax PA (A) y Tc tórax sin contraste (B): Masa de contornos redondeados y características extrapleurales (flecha roja), dependiente de la pleura. Hospital Universitario Central de Asturias.

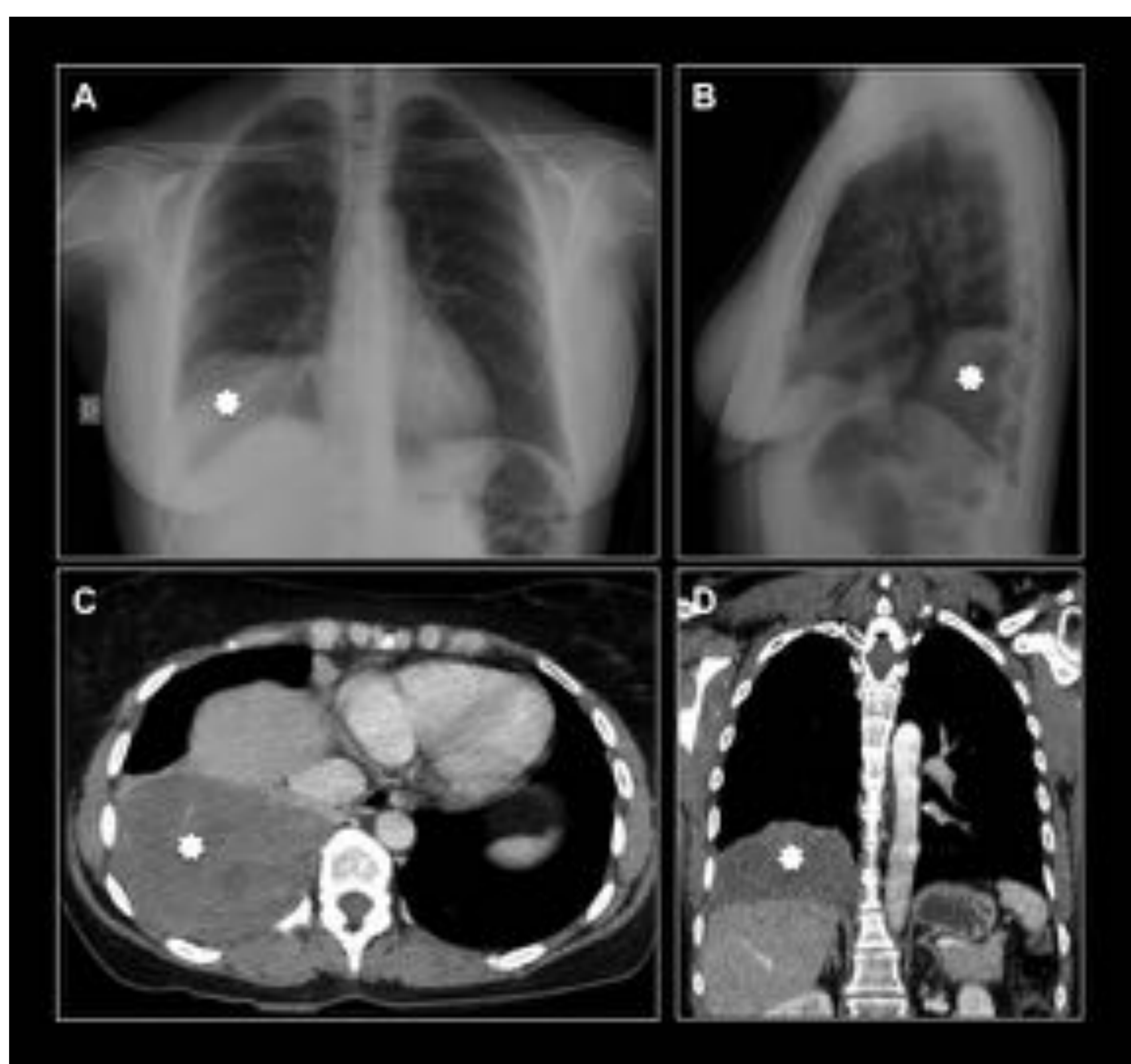


Fig 15. Tumor fibroso pleural. Radiografía tórax PA (A) y Tc tórax sin contraste (B): Masa de contornos redondeados y características extrapleurales (flecha roja), dependiente de la pleura. Hospital Universitario Central de Asturias

4.1.2. Linfoma pleural primario

- Muy infrecuente, pero la afectación pleural por LH o LNH, que condiciona un estadio alto de la enfermedad (E- IV), no es tan inusual.
- Principal hallazgo radiográfico: derrame uni o bilateral, con o sin engrosamiento pleural. Suele asociar adenopatías sobretodo en la enfermedad de Hodgkin.
- TC: el derrame pleural es el hallazgo típico. El tumor afecta a la pleura parietal y el espacio extrapleural, con engrosamiento pleural en 25% de los casos.

4.1.3. Sarcoma sinovial pleural

- Procedentes de células del mesoderma embrionario que se diferencian a células sinoviales.
- Más frecuente en pacientes jóvenes (media 25 años). Todos los casos presentan un traslocación cromosómica específica $t(X;18)(p11.2;q11.2)$.
- Frecuentemente presenta áreas quísticas y áreas necróticas y en ocasiones con contenido cálcico. Algunos de estos tumores presentan una pseudocápsula.
- Radiografía de tórax: lesión redondeada, de bordes bien definidos, a veces lobulada.
- TC: masa bien definida, homogénea con realce irregular tras la administración de contraste, con áreas hipodensas que se corresponden con áreas necróticas. En muchos casos se observa un realce periférico que corresponde a la pseudocápsula (Fig 16).
- Diagnóstico diferencial: Mesotelioma Maligno. El sarcoma sinovial afecta a gente más joven, se presenta de forma más localizada, crece más rápido y a menudo presenta pseudocápsula.

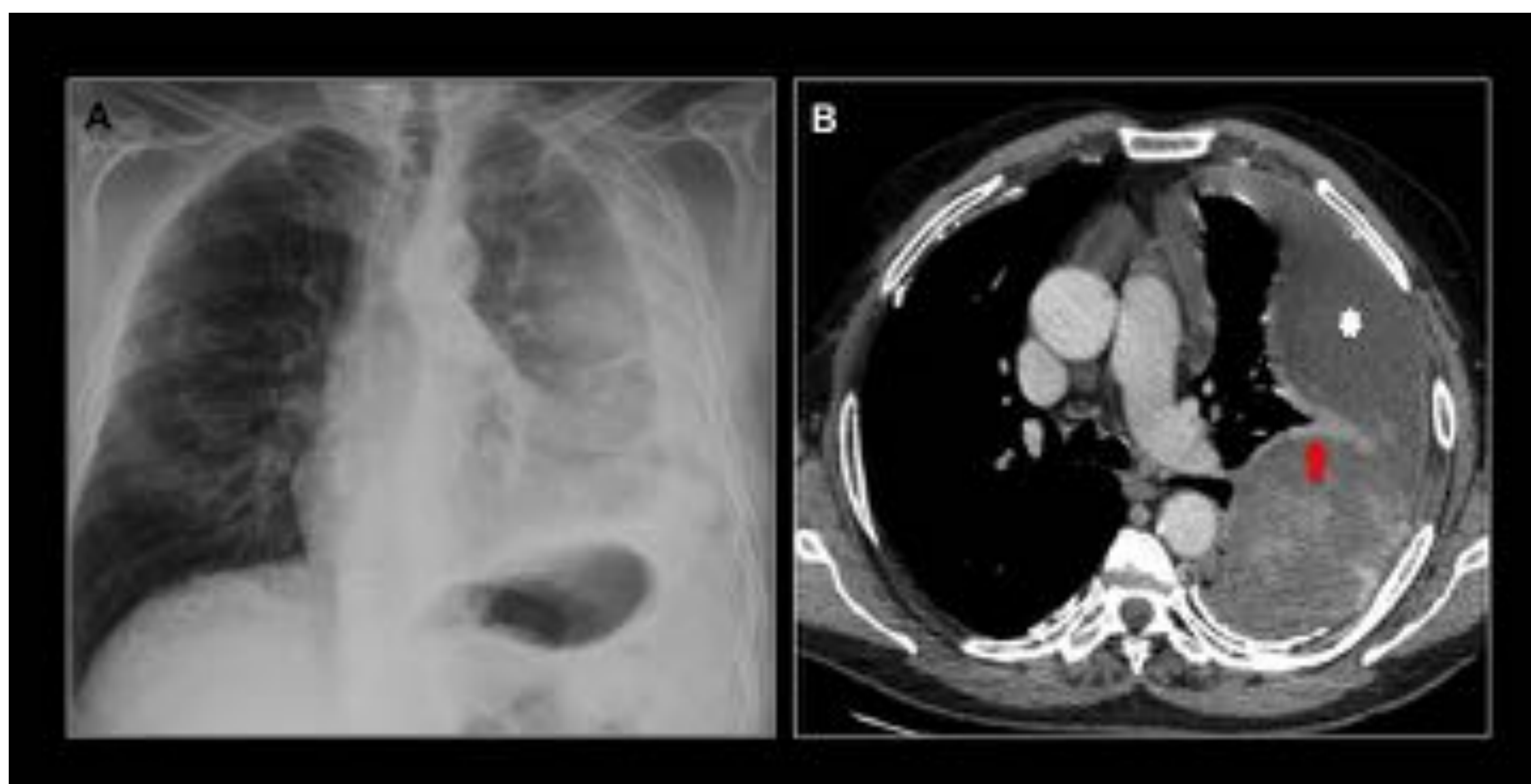


Fig 16. Sarcoma sinovial pleural. Radiografía tórax PA (A) y Tc tórax con contraste (B). Masa (asterisco blanco) con afectación difusa de la pleura del hemitórax izquierdo, con realce interno irregular y realce periférico correspondiente a la pseudocápsula (flecha roja). Placas pleurales calcificadas. Hospital Universitario Central de Asturias.

4.1.4. Tumor desmoplásico de células redondas de la pleura

- Neoplasia poco frecuente y agresiva. La mayoría de los casos ocurren en el abdomen. La pleura es la más ubicación extraabdominal más frecuente.
- Se presenta habitualmente como múltiples masas pleurales de tejidos blandos. Las áreas de baja atenuación central dentro de los tumores en TC sugieren hemorragia o necrosis. El grado de captación de los tumores con contraste intravenoso es variable. La calcificación se observa en el 20% de los casos.
- Diagnóstico diferencial: metástasis pleurales, mesotelioma maligno, tumor desmoide y fibromatosis.

4.1.5. Lipoma

- Masas de atenuación en el rango de la grasa (-50UH) (Fig 17) normalmente detectadas de forma incidental, que no requieren ampliación del estudio.
- Ocasionalmente es posible que muestran áreas de atenuación en el rango de tejidos blandos, lo que obliga al diagnóstico diferencial con liposarcomas.

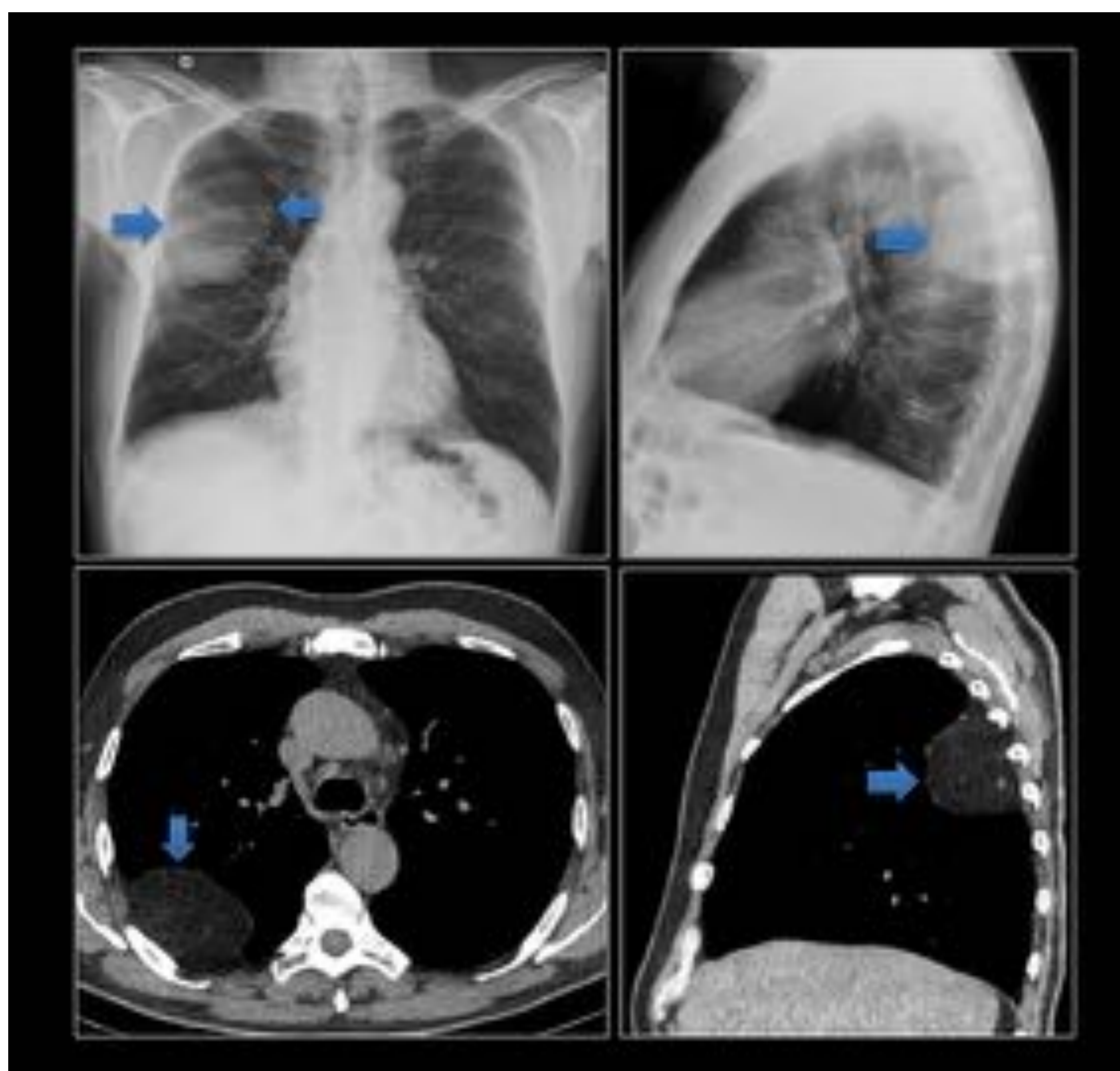


Fig 17. Lipoma pleural. Masa de densidad grasa (flechas azules) con características de localización extrapulmonar, dependiente de la pleural parietal costal derecha. Hospital Universitario Central de Asturias.

4.2. SECUNDARIA

4.2.1. Metástasis pleurales

- Causa más frecuente de nodularidades pleurales múltiples
- Los tumores primarios más frecuentes son: pulmón (40%), mama (20%), tumores de origen intestinal (incluyendo páncreas) y tumores ginecológicos (ovario y útero).
- Manifestación radiológica más frecuente: derrame pleural maligno, aunque pueden presentarse como masas/implantes (Fig 18, 19), con frecuencia hipercaptantes en pleura parietal o en las cisuras y que pueden presentar comportamientos paralelos al del tumor primario.
- TC permite detectar implantes asociados a derrame no visibles en Rx.
- Aunque la afectación metastásica unilateral y difusa es infrecuente, cuando aparece los hallazgos radiológicos pueden ser indistinguibles del mesotelioma.

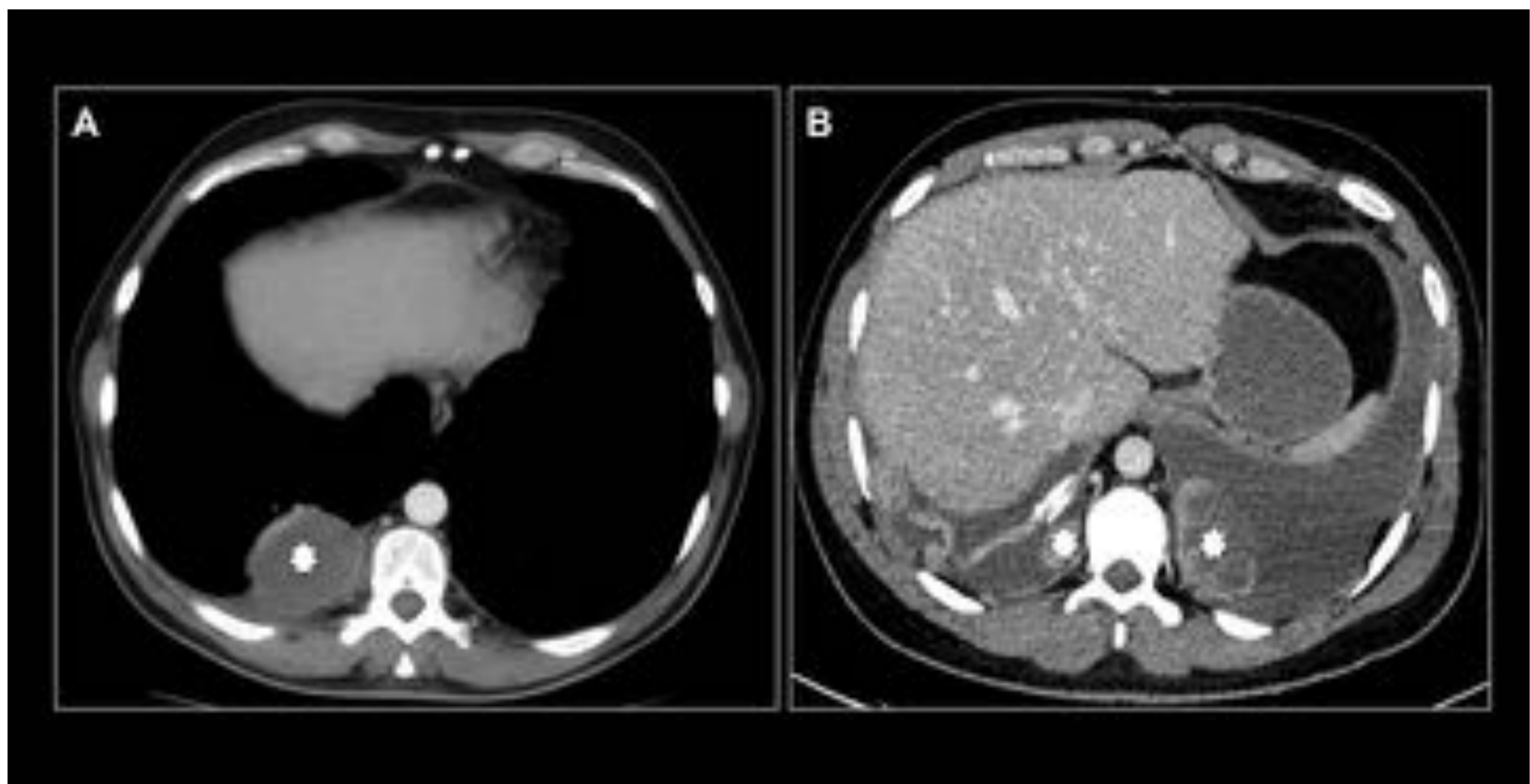


Fig 18. Metástasis pleurales. Tc tórax con contraste (A,B). Derrames pleurales y masas hipodensas pleurales bilaterales con realce periférico (asteriscos blancos). Hospital Universitario Central de Asturias.

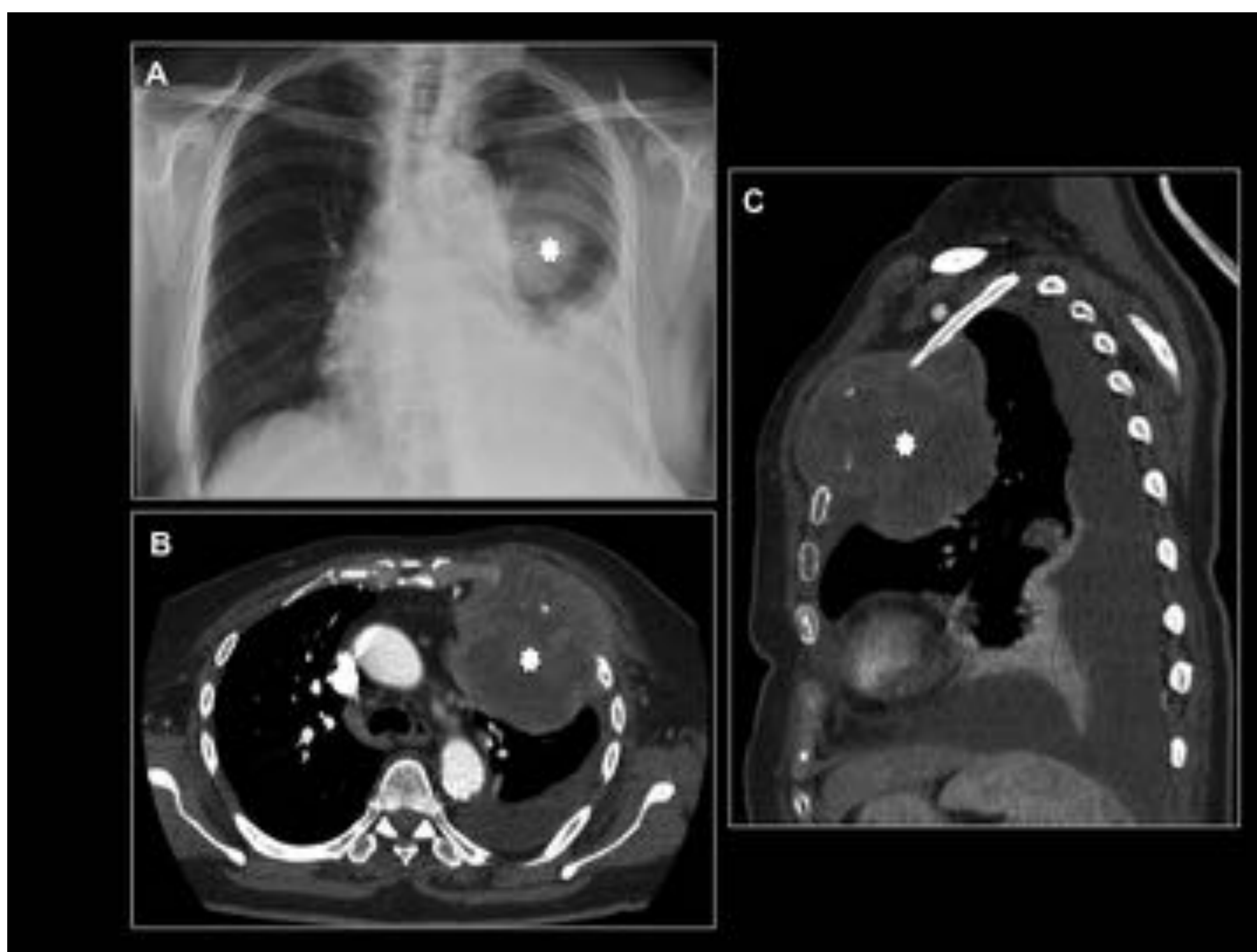


Fig 19. Metástasis pleurales. Radiografía de tórax PA (A) y Tc tórax con contraste en planos axial (B) y sagital (C). Masa hipodensa con captación periférica (asterisco blanco) localizada en pleural costal anterior izquierda que invade pared torácica con destrucción ósea. Hospital Universitario Central de Asturias.

4.2.2. Tumores invasivos de la pleura: Tumor de Askin

- Tumor maligno que pertenece al grupo de los tumores neuroectodérmicos periféricos primitivos (PNET).
- Se presenta en niños y adultos jóvenes y tiene un pronóstico malo con una supervivencia media de 8 meses.
- Asociado a una translocación del cromosoma 22 aunque también puede aparecer tras radioterapia de un linfoma de Hodgking.
- Radiografía de tórax aparece como una gran masa unilateral con derrame pleural.
- TC CIV: infiltración de la pared torácica, mediastino, y pulmón, así como metástasis óseas y adenopatías.

5. OTRAS

5.1. FOCALES:

5.1.1. Pseudotumor fantasma

- Colección líquida en las cisuras pleurales secundario a trasudados debidos a insuficiencia cardiaca congestiva, cirrosis o insuficiencia renal.
- Habitualmente se localiza en la cisura menor en pacientes con fallo cardíaco en resolución. Puede simular una masa parenquimatosa.
- Radiografía de tórax es diagnóstica: opacidad lenticular o biconvexa en la cisura (Fig 20).
- Se resuelve tras tratamiento con diuréticos.

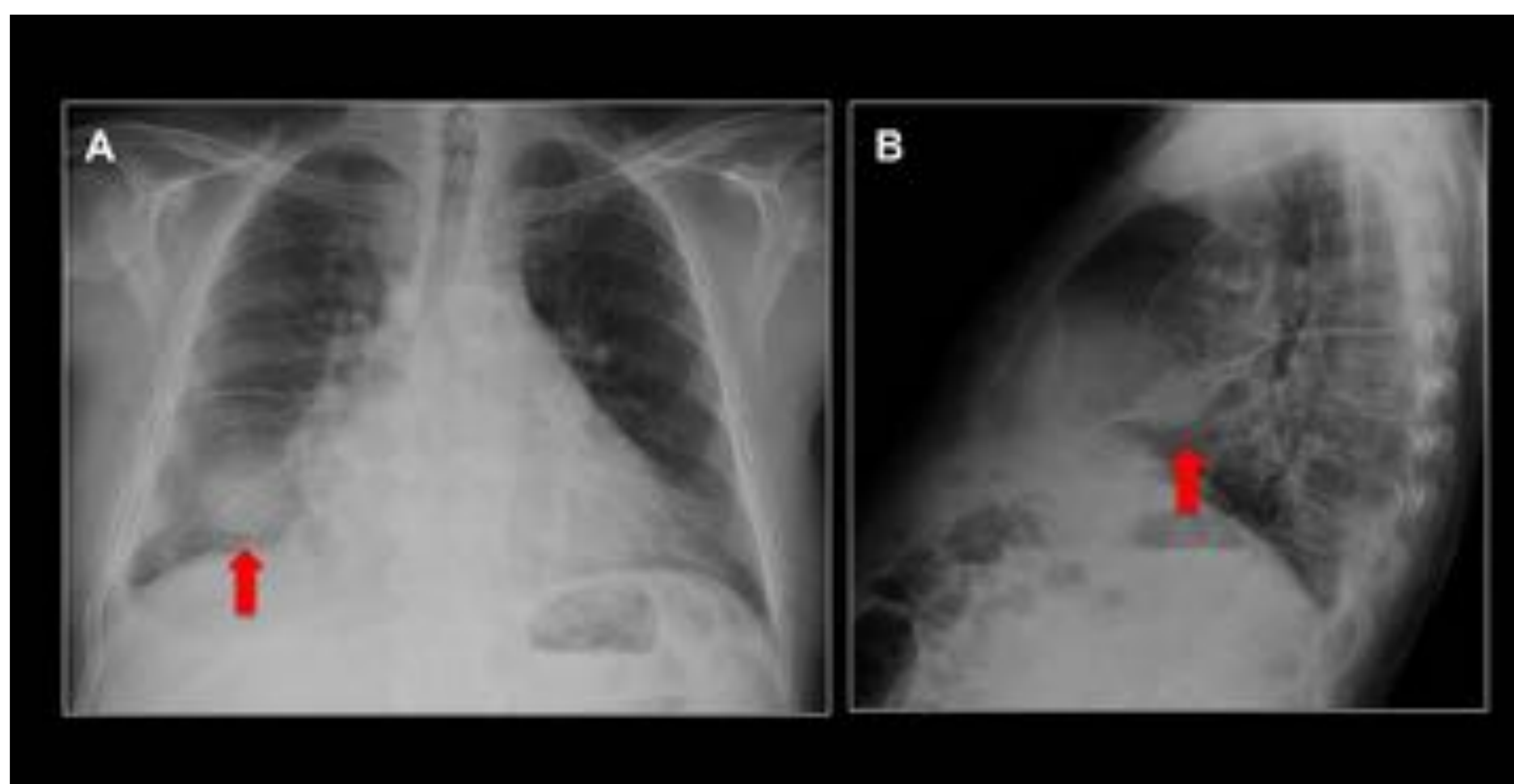


Fig 20. Pseudotumor fantasma. Rx tórax PA (A) y lateral (B). Opacidad lenticular biconvexa en cisura mayor derecha. Hospital Universitario Central de Asturias.

5.1.2. Hematoma extrapleural

- Puede ser secundario a traumatismo no penetrante, traumatismo penetrante, iatrogenia o ruptura aórtica.
- Frecuentemente producido por fracturas costales y aparecen como colecciones con contenido de alta atenuación que desplaza la grasa extrapleural (“signo de la grasa extrapleural”).
- Los grandes hematomas son convexos, sugieren sangrado arterial y requieren de cirugía o embolización arterial.

5.1.3. Esplenosis torácica

- Implantación de tejido esplénico, funcionalmente activo, heterotópico, tras esplenectomía total o parcial, traumática o no, principalmente sobre serosas y cavidad peritoneal.
- A través de un defecto diafragmático, el tejido esplénico puede llegar al espacio pleural izquierdo y vascularizarse a través de vasos de la pleura, pared torácica o diafragma.
- Suele ser asintomático.
- Hallazgos: múltiples nódulos pleurales izquierdos de hasta 3 cm de diámetro, aunque en algunos casos pueden ser mayores y formar masas
- TC y RM: nódulos redondeados de características inespecíficas con intensa captación de contraste intravenoso, con comportamiento similar al tejido esplénico normal.
- Diagnóstico: se confirma con gammagrafía con hematíes labilizados marcados con ^{99m}Tc (Fig 21).

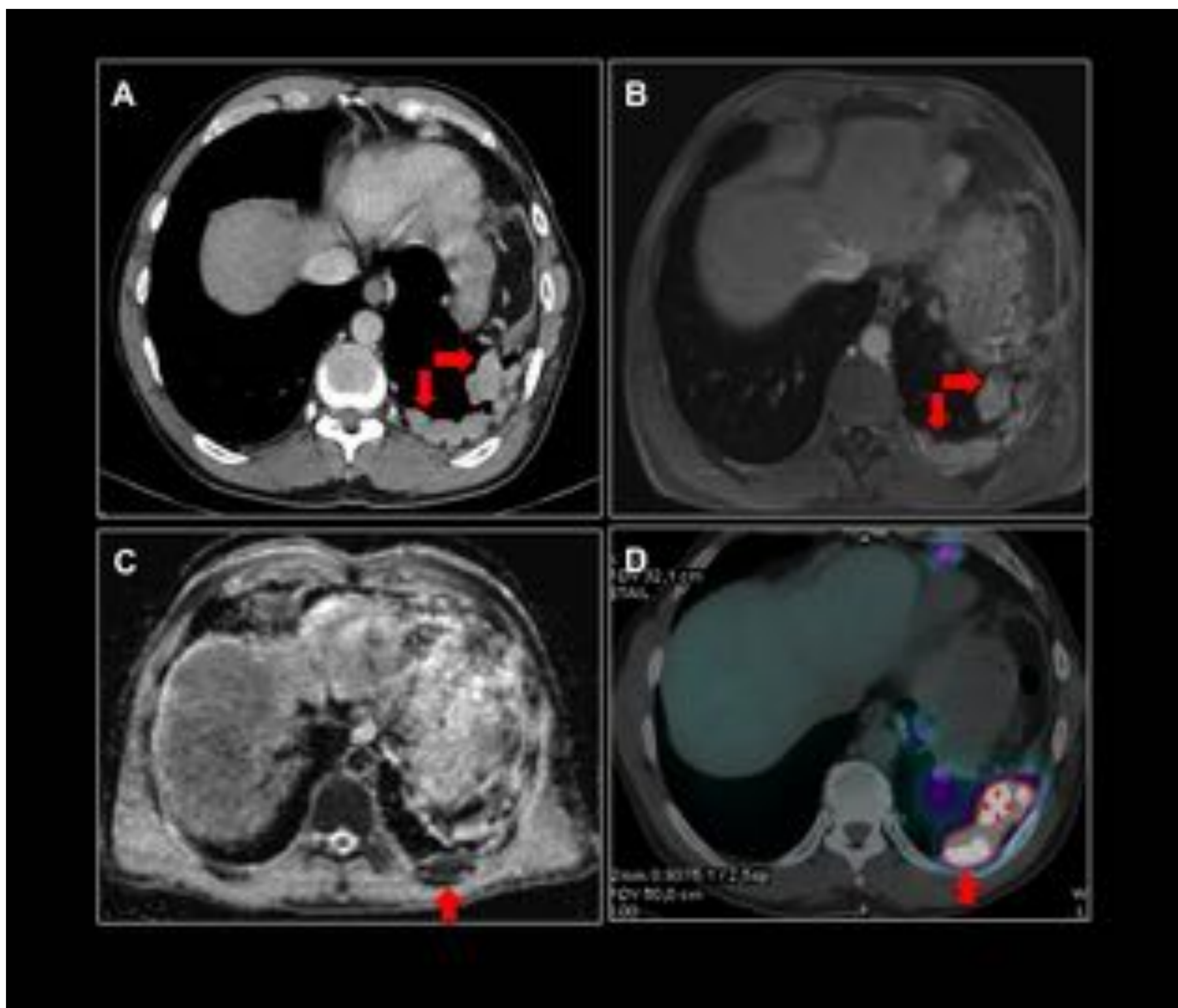


Fig 21. Esplenosis torácica. Tc tórax con contraste (A). RM tórax: Axial T1 con contraste (B), Axial DWI (C), Gammagrafía con hematíes labilizados marcados con ^{99m}Tc . Paciente con antecedente de traumatismo toracoabdominal que presenta lesiones nodulares (flechas rojas) en pleural diafragmática izquierda con realce similar al bazo en el Tc con contraste y en la secuencia T1 con contraste. Además presentan restricción en la secuencia de DWI. Se confirma la existencia de tejido esplénico con la Gammagrafía. Hospital Universitario Central de Asturias.

5.1.4. Plasmocitoma pleural

- Tumor solitario de células plasmáticas sin que exista evidencia clínica de mieloma múltiple (Fig 22).
- Diagnóstico: biopsia de la lesión solitaria que evidencia células plasmáticas, aspirado de médula ósea negativo para células monoclonales, ausencia de anemia, hipercalcemia, o afectación renal que sugieran mieloma.



Fig 22. Plasmocitoma pleural. Tc tórax con contraste. Lesión dependiente de pleural costal posterior izquierda con captación homogénea de contraste (flecha roja). Hospital Universitario Central de Asturias.

5.1.5. Mastocitosis

- Enfermedad rara (prevalencia 1:100.000), caracterizada por la proliferación excesiva y acúmulo de mastocitos, que entra dentro de las enfermedades mieloproliferativas.
- En la mastocitosis sistémica agresiva puede haber afectación pleuropulmonar con aparición de un patrón intersticial nodular difuso y derrame pleural.

5.1.6. Pseudomixoma pleural

- Es la afectación pleural de un pseudomixoma peritoneal, que es una entidad que cursa con ascitis mucinosa o gelatinosa, difusa, asociado a implantes peritoneales de neoplasias productoras de mucina.

5.1.7. Neumotórax catamenial

- Secundario a endometriosis torácica con episodios recurrentes de neumotórax coincidiendo con los ciclos menstruales.
- Los implantes del tejido endometriósicos se localizan en el espacio pleural y en el hemidiafragma derecho. Durante la menstruación, producen pequeñas soluciones de continuidad en el diafragma con paso de aire de la cavidad abdominal al espacio pleural.

5.2. DIFUSAS

5.2.1. Pleurodesis

- Aquella acción sobre la cavidad pleural, que trae como resultado, la fusión estable de pleura parietal y visceral, obtenida por diversos métodos y agentes (Fig 23).
- Indicaciones: derrames pleurales malignos, neumotórax espontáneo, quilotórax, derrames pleurales que acompañan a la cirrosis hepática, derrames pleurales en el síndrome nefrótico, empiema, etc.

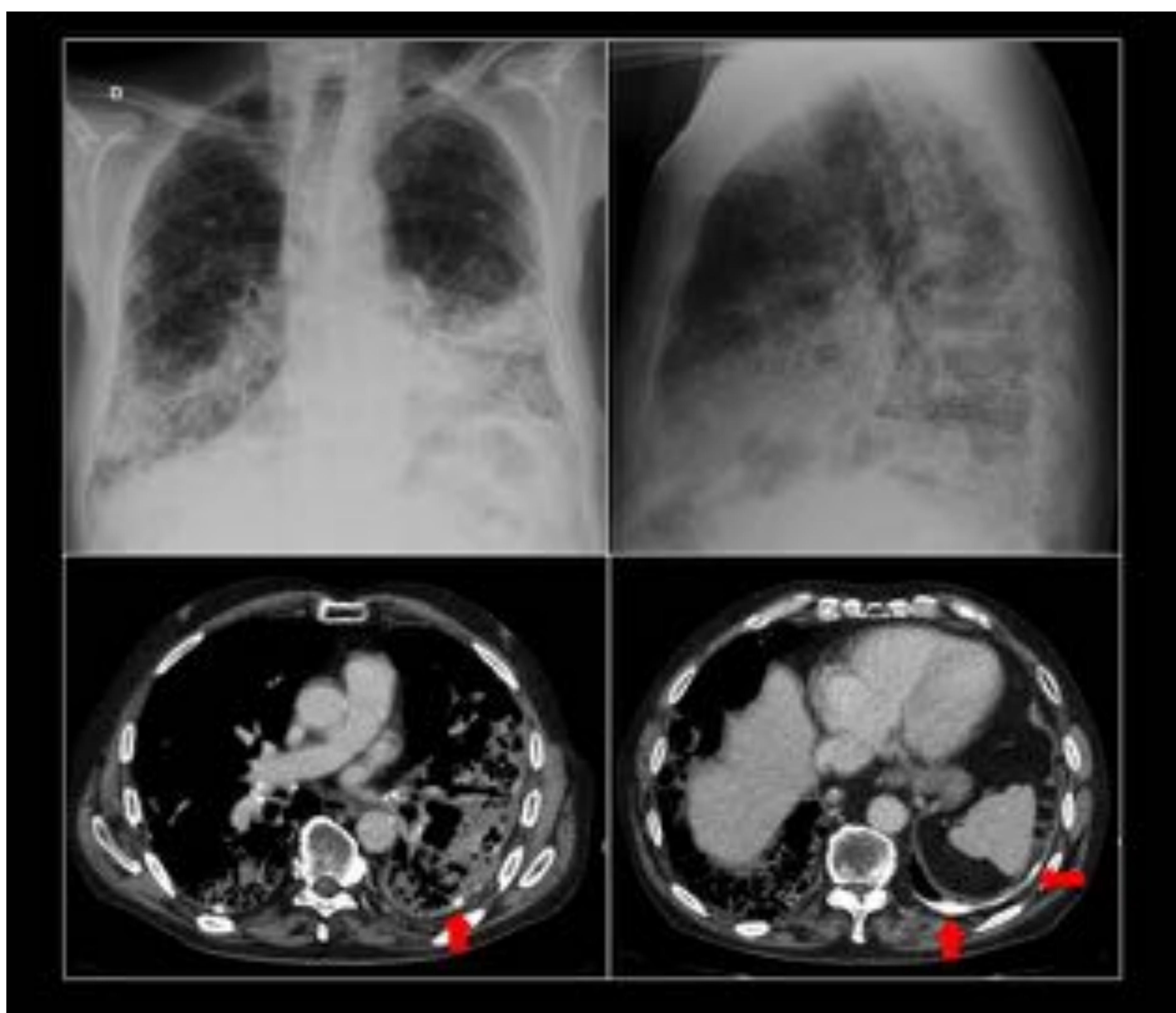


Fig 23. Pleurodesis. Calcificaciones pleurales secundarias a pleurodesis (flechas rojas). Patrón intersticial reticular con zonas de mayor consolidación. Hospital Universitario Central de Asturias.

5.2.2. Paquipleuritis calcificada

- Calcificación extensa de la pleura y engrosamiento pleural superior a 2 mm (Fig 24).
- Principal causa: tuberculosis pleural, aunque también puede ser secundaria a hemotórax y piotórax.



Fig 24. Paquipleuritis calcificada. Engrosamiento y calcificación difusa de la pleura del pulmón derecho (flechas rojas), secundario a tuberculosis, con disminución del volumen del hemitórax homolateral. Hospital Universitario Central de Asturias.

5.2.3. Erdheim-Chester

- Es una enfermedad rara, dentro del grupo de las Histiocitosis no X, con afectación multisistémica. Se caracteriza por infiltración multiorgánica de histiocitos cargados de lípidos.
- Los hallazgos de afectación pulmonar (14-23 %) son: engrosamiento pleural circunferencial pleural, engrosamiento de los septos interlobulillares, nódulos centrolobulillares y engrosamiento pericárdico.

CONCLUSIONES

La patología de la pleura abarca un amplio espectro de patología tumoral, inflamatoria y relacionada con enfermedades sistémicas con hallazgos radiológicos, en algunos casos característicos, que es preciso conocer.

BIBLIOGRAFIA

- Suter M, Gebhard S., Bourmghar M et al. Localized fibrous tumours of the pleura: 15 new cases and review of the literature. Eur J Cardiothorac Surg. 1998;14 (5): 453-9
- J. Boldú, V. M. Eguía. Enfermedades pleurales benignas inducidas por asbesto. An. Sist. Sanit. Navar. 2005; 28 (Supl. 1): 21-28
- Puyalto P., Sánchez J.J., Olazábal A. Esplenosis intratorácica: a propósito de un caso. Radiología. 2007;49(6):436-9
- Ferrero L., Álvarez-Dobaño JM., Valdés L. Enfermedades sistémica y de la pleura. Arch Bronconeumol. 2011;47(7):361-370
- Hussein-Jelen T., Bankier AA., Eisenberg RL. Solid pleural lesions. AJR 2012; 198:W512–W520
- Walker CM, Takasugi Julie E., Chung Jonathan H et al. Tumor like conditions of the pleura. Radiographics 2012; 32:971–985
- Larry T. Nickell, John P. Lichtenberger, Khorashadi Lila et al. Multimodality Imaging for characterization, classification and staging of Malignant Pleural Mesothelioma. Radiographics 2014; 34:1692–1706
- De Paoli L., Quaia E., Poillucci G., Gennari A., Cova MA. Imaging characteristics of pleural tumours. Insights Imaging 2015; 6:729–740