

## ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>



Vol. 26 No. 2, 1997 [ver índice]

## CASOS RADIOLOGICOS

Editor: Dr. Cristian García B.  
Profesor Adjunto  
Deptos. de Radiología y Pediatría  
PUC

Dra. Claudia Piddo M.  
Médico Residente  
Depto. de Radiología  
PUC

Dr. Guillermo Ríos O.  
Instructor Asociado  
Depto. de Radiología  
PUC

### Caso 1

Hombre de 18 años de edad, que consulta por tos seca de 2 semanas de evolución, sin otra sintomatología. El examen físico es negativo. Se solicita radiografía de tórax en proyecciones posteroanterior (Figura 1a) y lateral (Figura 1b).

### Caso 2

Mujer de 82 años de edad, con antecedente de tabaquismo crónico, que consulta en el Servicio de urgencia por presentar dificultad respiratoria, disnea y tos, síntomas que han sido progresivos en los últimos 6 meses. Al examen físico se encuentra una paciente muy enflaquecida, taquipneica y en la auscultación pulmonar hay disminución del murmullo pulmonar del lado izquierdo asociado a matidez. Se solicita radiografía de tórax en proyecciones posteroanterior (Figura 2a) y lateral (Figura 2b).

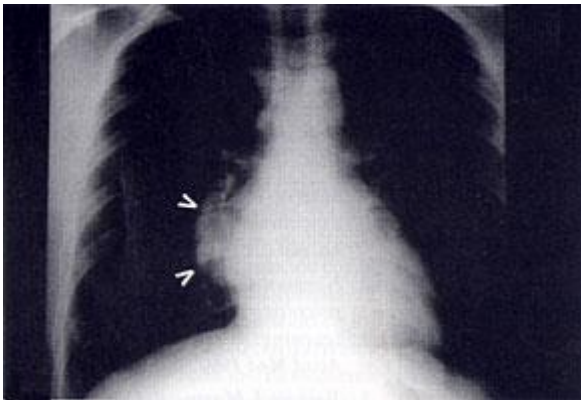


Figura 1.a

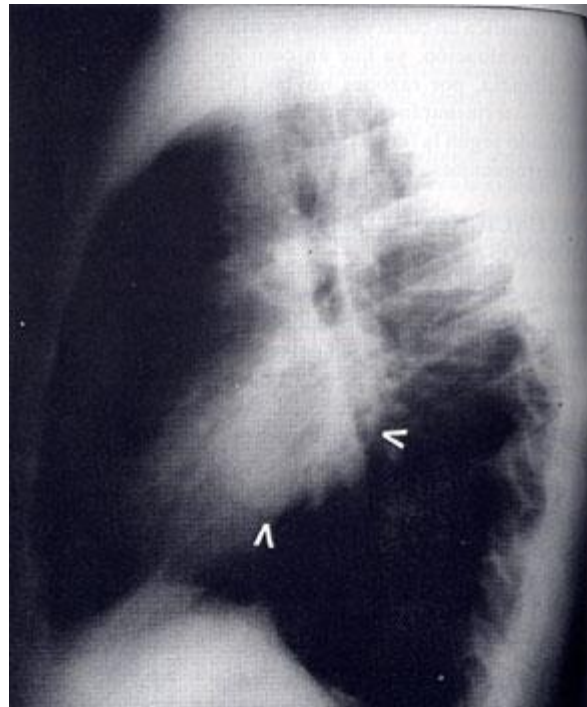


Figura 1.b

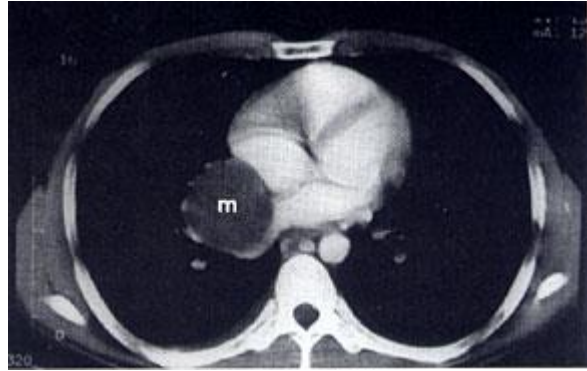
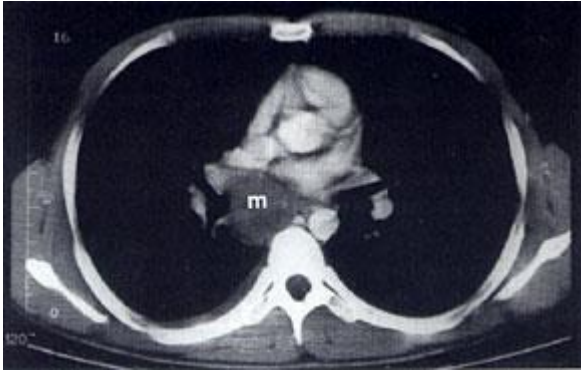


Figura 1.c

Figura 1.d

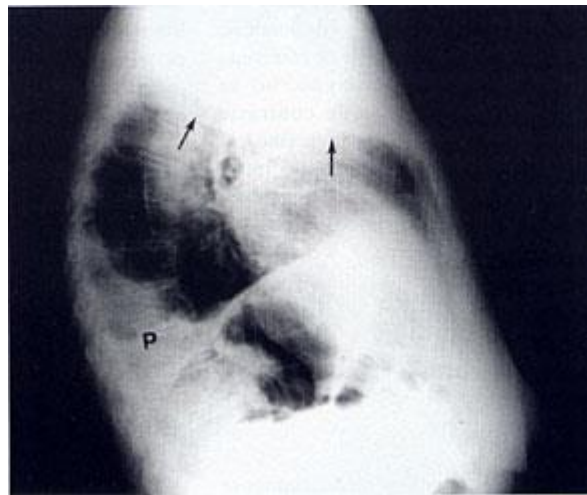
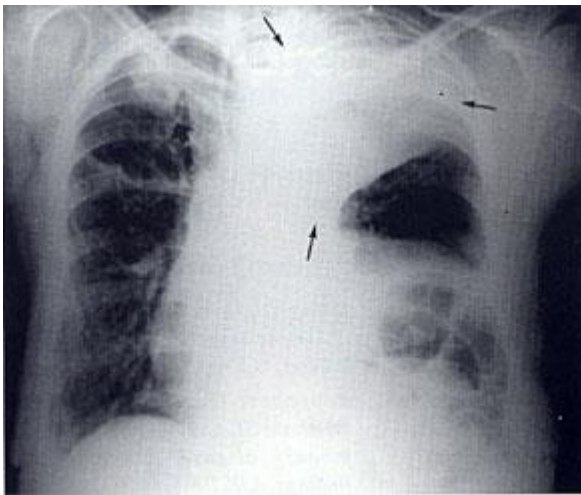


Figura 2.a

Figura 2.b

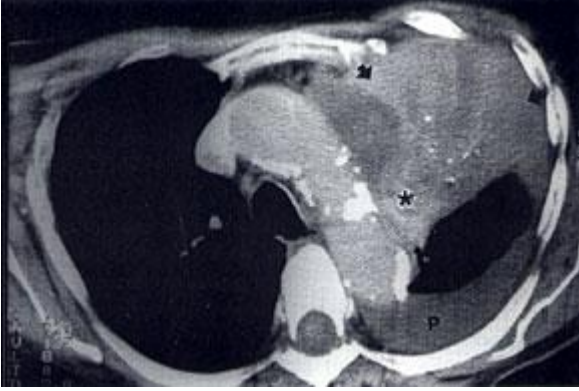


Figura 2.c

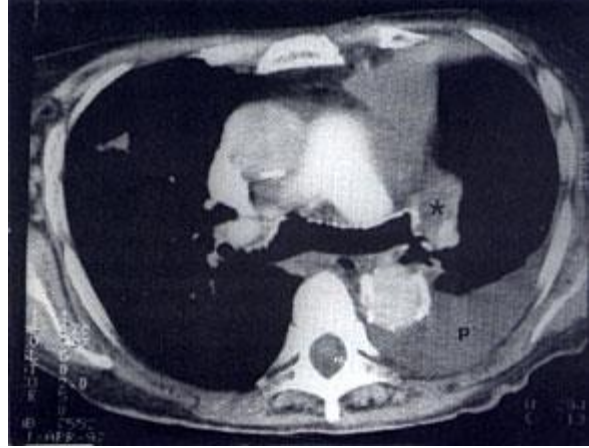


Figura 2.d



Vol. 26 No. 2, 1997 [ver índice]

## RESPUESTAS A CASOS RADIOLOGICOS

Editor: Dr. Cristián García. Profesor Adjunto. Deptos. de Radiología y Pediatría  
Dr. Oscar Contreras Olea. Médico Residente. Departamento de Radiología  
Dr. Víctor Dinamarca Ortiz. Médico Residente. Departamento de Radiología  
Dr. Vinicio Cervilla Oltremani. Profesor Auxiliar. Departamento de Radiología  
Pontificia Universidad Católica de Chile

### Caso 1

La radiografía de tórax muestra en ambas proyecciones (Fig. 1a y 1b), una masa de partes blandas redondeada en el mediastino medio, hacia la derecha, adyacente al bronquio intermedio y al corazón (cabezas de flechas), que presenta contacto posterior con la columna vertebral dorsal. El diagnóstico diferencial incluye fundamentalmente adenopatías, quiste broncogénico, quiste de duplicación esofágica, siendo otra posibilidad menos probable quiste pericárdico. Se complementa con TAC de tórax (Figuras 1c y 1d) donde se demuestra que la masa ( m ) es de contenido líquido, de aspecto benigno, no se modifica con el medio de contraste endovenoso y se encuentra adyacente a la pared anteromedial del bronquio intermedio. Estos hallazgos son compatibles con un quiste broncogénico, lo que fue confirmado con cirugía y anatomía patológica.

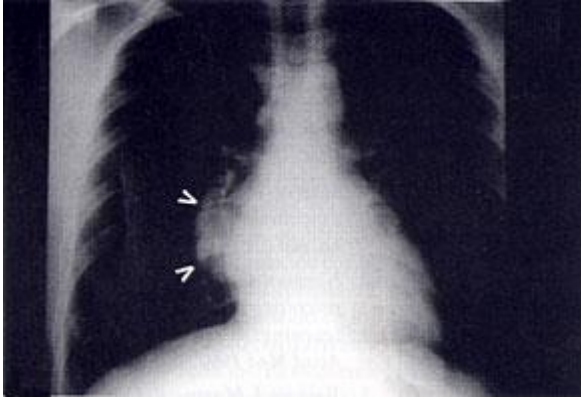


Figura 1.a

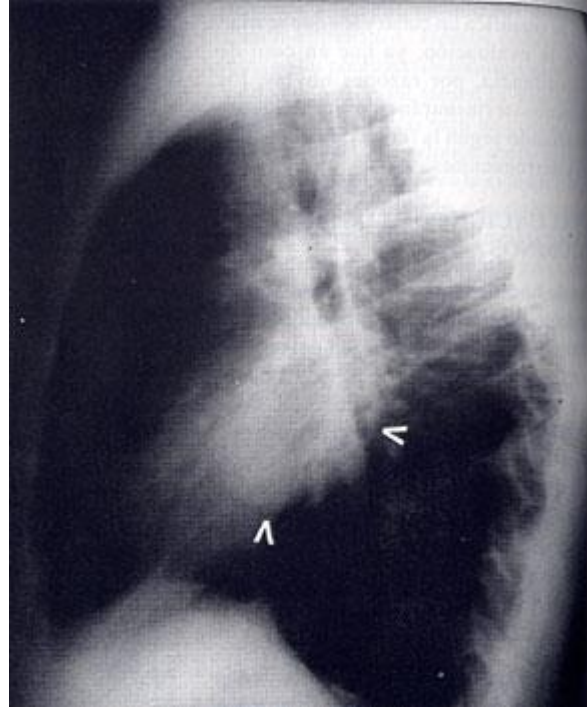


Figura 1.b

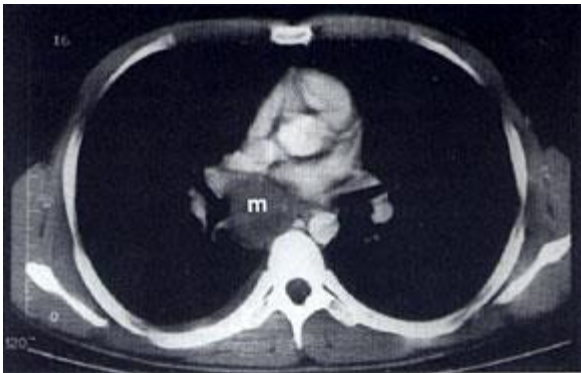


Figura 1.c

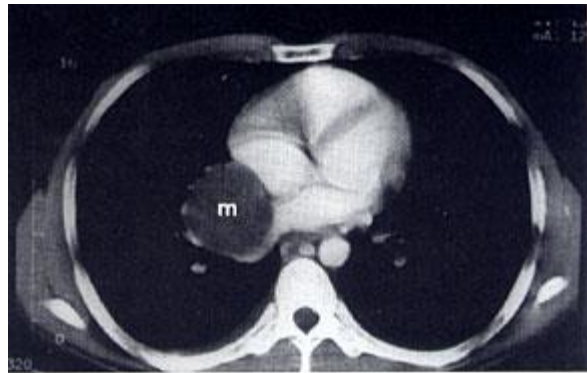


Figura 1.d

## Diagnóstico

Quiste broncogénico

## Discusión

Clínicamente, las masas mediastínicas se pueden presentar con sintomatología secundaria al efecto de masa local, por invasión de estructuras mediastínicas adyacentes, o como un



hallazgo incidental en una radiografía de tórax. Ocasionalmente, una masa mediastínica es descubierta durante la etapificación de un tumor maligno conocido o por una enfermedad que se asocia a tumores del mediastino.

La radiografía de tórax es el estudio inicial en estos pacientes. En la proyección frontal, las masas mediastínicas se reconocen por presencia de una densidad de partes blandas, de contornos bien definidos, por estar delimitada por la pleura, y determinan un ensanchamiento uni o bilateral del mediastino. Estas lesiones tienen generalmente, un borde convexo con respecto al pulmón adyacente, lo cual crea ángulos obtusos en sus márgenes superior e inferior, siendo esta última una característica diagnóstica de lesiones extrapulmonares. La proyección lateral sirve para la localización de la masa en los distintos compartimientos mediastínicos: superior, anterior, medio y posterior.

La tomografía computada (TAC) de tórax debe hacerse en todos estos pacientes, ya que confirma la presencia de una masa, entrega información más exacta de su localización, caracterización de la lesión, relación con estructuras adyacentes e incluso permite la realización de una biopsia percutánea dirigida. La TAC permite además detectar la presencia de calcificaciones, líquido o tejido graso, lo que reduce el diagnóstico diferencial.

Los quistes broncogénicos representan entre un 6% a un 15% de las masas mediastínicas primarias y probablemente corresponden a tejido pulmonar ectópico, no comunicado con el árbol bronquial. La gran mayoría está dentro del mediastino medio, en la vecindad de la carina traqueal; otras localizaciones menos frecuentes son región paratraqueal, mediastino posterior, hilios pulmonares, región periesofágica y de situación endobronquial. Se ha descrito que los quistes broncogénicos pueden alcanzar un tamaño de hasta 15 cm de diámetro y presentan un escaso crecimiento a lo largo del tiempo. La mayor parte de los pacientes son asintomáticos, por lo que es frecuente que estas lesiones correspondan a un hallazgo radiológico incidental. Ocasionalmente una compresión secundaria del árbol traqueobronquial o del esófago puede producir sintomatología como disnea, sibilancias, disfagia, tos. Histológicamente, sus paredes contienen elementos bronquiales, incluyendo cartílago, tejido conectivo y epitelio cilíndrico.

En la radiografía de tórax, típicamente los quistes broncogénicos, se manifiestan como una masa de partes blandas única, redondeada, de contornos regulares en la región subcarinal o en la región para, pre o retrotraqueal. En la TAC se observa una masa bien definida, de paredes finas, que no se modifica con el medio de contraste endovenoso y que presenta una densidad similar al agua. También puede presentar densidad similar a las partes blandas, lo que sugiere la presencia de material mucóideo en su interior. En un 25% a 30% de los casos su contenido puede ser hiperdenso, en cortes sin contraste endovenoso, por alto contenido proteináceo. En ocasiones estos quistes pueden tener calcificaciones en su pared o en su interior. Además, raramente pueden contener sangre si se complican, o gas si secundariamente se infectan y se comunican con la vía aérea o con el esófago.

En general, la resección quirúrgica del quiste es necesaria para un diagnóstico definitivo. Recientemente, las punciones con aspiración percutánea y transbronquial han sido usadas con éxito en el diagnóstico y tratamiento.

## Referencias escogidas

- 1- Brant WE, Helms CA. Fundamentals of Diagnostic Radiology. Williams & Wilkins, U.S.A., 1994:357- 372.
- 2- Rappaport DC, Herman SJ and Weisbrod GL. Congenital bronchopulmonary diseases in adults: CT findings. AJR 1994; 162: 1295-1299.
- 3- Ribet ME, Copin MC and Gosselin B. Bronchogenic cysts of the mediastinum. J Thorac Cardiovasc Surg 1995; 109: 1003-1010.

## Caso 2

La radiografía de tórax (Figuras 2a y 2b) muestra una condensación del lóbulo superior izquierdo (flechas) que se asocia a disminución de volumen, ascenso de la cisura mayor y desplazamiento del mediastino hacia la derecha. Todo esto es altamente sugerente de una neumopatía secundaria a obstrucción bronquial, con mayor probabilidad por un carcinoma. Hay además ascenso del diafragma izquierdo, lo que sugiere compresión del nervio frénico y moderada cantidad de derrame pleural (p) al mismo lado. Además, en el lóbulo superior derecho existe un nódulo denso, que puede corresponder a una metástasis (cabeza de flecha).

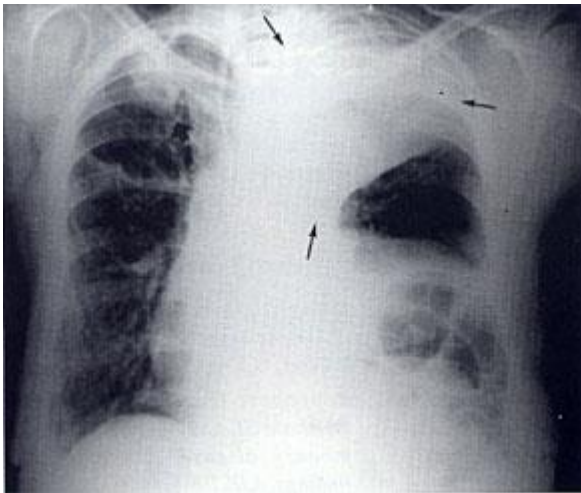


Figura 2.a

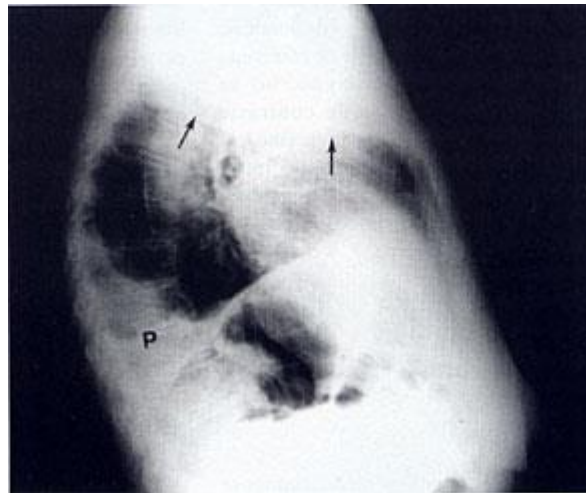


Figura 2.b

El examen se complementó con TAC de tórax (Figuras 2c y 2d), donde se observa una masa hiliar izquierda, heterogénea, que obstruye el bronquio lobar superior izquierdo (\*), asociada a atelectasia y condensacion del lobulo superior de ese lado (flechas). Esta masa pulmonar presenta algunas calcificaciones en su periferia, probablemente por secuelas de una TBC antigua. Hay además desplazamiento del mediastino hacia la derecha y derrame pleural izquierdo (p).



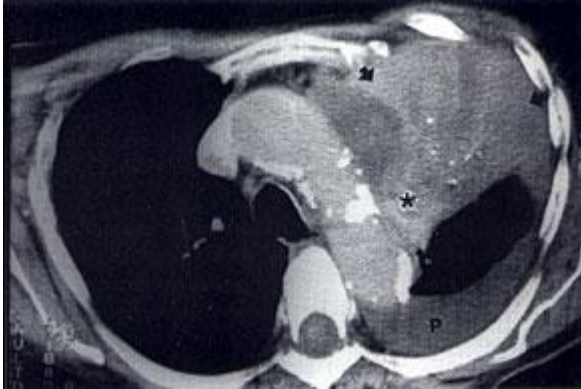


Figura 2.c

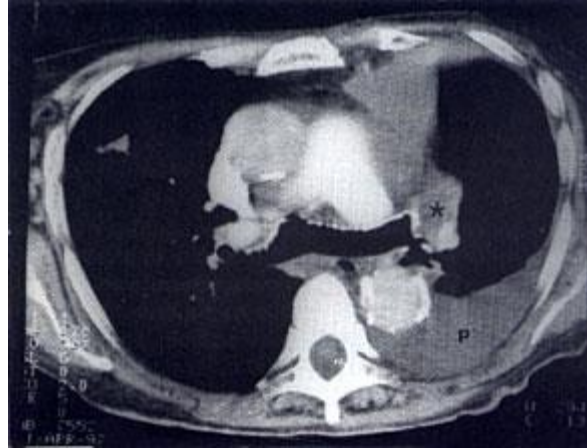


Figura 2.d

Mediante estudio histológico se confirmó que la masa pulmonar correspondía a un carcinoma bronquial, variedad espinocelular.

### Diagnostico

Carcinoma bronquial izquierdo, con atelectasia y neumonía post-obstructiva secundaria del lóbulo superior izquierdo y metástasis pulmonar del lóbulo superior derecho.

### Discusión

El carcinoma bronquial es la neoplasia pulmonar más importante en términos de frecuencia y significado clínico y tiene 4 tipos celulares principales: carcinoma espinocelular, adenocarcinoma, carcinoma de células grandes y carcinoma de células pequeñas. En cada tipo tumoral predominan hallazgos radiológicos diferentes, con considerable sobreposición de signos radiográficos. En las masas centrales (60% del total), la obstrucción de un bronquio por el componente endobronquial del tumor puede manifestarse de distintas formas, siendo una de las más frecuentes la neumonía obstructiva del pulmón distal a la lesión. En la radiografía de tórax se reconoce una condensación de un lóbulo o de todo un pulmón, asociada a veces a mínimo colapso pulmonar. Ocasionalmente puede verse aumento de volumen de la zona comprometida del pulmón, abultamiento de la cisura interlobar o desplazamiento del mediastino. Frecuentemente la opacidad del pulmón obstruido oscurece la lesión subyacente. La TAC es capaz de distinguir el carcinoma central de la neumonía post-obstructiva asociada, además de evaluar la extensión del componente endobronquial.

Otra manifestación frecuente de la obstrucción bronquial por un carcinoma bronquial es la atelectasia, la que es reconocida por un colapso pulmonar asociado generalmente a ausencia de broncograma aéreo.

Por otra parte, la TAC puede identificar lesiones hiliares y perihiliares, diseminación de la lesión central hacia el intersticio, linfáticos, vasos sanguíneos o crecimiento directo dentro del mediastino. El uso de medio de contraste endovenoso es particularmente útil en la detección de masas y su diferenciación de la neumonía post-obstrucciona.

#### Referencias escogidas

- 1-Haaga JR, Lanzieri CF, Sartoris DJ, Zerhouni EA. Computed Tomography and Magnetic Resonance Imaging of the whole body. Mosby-Year Book, Inc, U.S.A., 1994: 715 - 724.
- 2-Fraser RS, Paré JP, Fraser RG and Paré PD. Synopsis of diseases of the chest. W.B. Saunders Co., U.S.A., 1994: 446 -459.