



REVISIÓN DE TEMA

Lesiones pulmonares relacionadas con el tabaquismo. Hallazgos y diagnósticos diferenciales por tomografía computada multidetector

N.E. Bernard*, V. Pardo, A.C. Benítez Mendes y A. Seehaus

Servicio de Diagnóstico por Imágenes, Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Recibido el 25 de julio de 2016; aceptado el 28 de enero de 2017

PALABRAS CLAVE

Pulmón;
Tabaquismo;
Tomografía
computada
multidetector

KEYWORDS

Lung;
Smoking;
Multidetector
computed
tomography

Resumen Desde hace tiempo se ha establecido la relación entre el hábito tabáquico y diferentes enfermedades pulmonares, particularmente el cáncer y el enfisema pulmonar. Sin embargo, es menos conocida la asociación del tabaquismo con otras entidades, como la bronquiolitis respiratoria asociada a la enfermedad intersticial (BREI), la neumonitis descamativa (ND), la histiocitosis de Langerhans (HL), la neumonía eosinofílica aguda (NEA), la fibrosis pulmonar (FP) y la combinación de esta última con el enfisema (FPE).

El objetivo de este trabajo es describir los hallazgos por tomografía computada multidetector (TCMD) de las lesiones pulmonares asociadas al tabaquismo, como así también los principales diagnósticos diferenciales de estas entidades.

© 2017 Sociedad Argentina de Radiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Smoking-related lung lesions: Findings and differential diagnosis using multidetector computed tomography

Abstract The relationship between smoking and various lung diseases, particularly cancer and pulmonary emphysema, is well-known. Nevertheless, what is less known is the relationship between smoking and other conditions, such as respiratory bronchiolitis-associated interstitial disease (RBAID), desquamative pneumonitis (DN), Langerhans histiocytosis (LH), acute eosinophilic pneumonia (AEN), pulmonary fibrosis (PF), and combined pulmonary fibrosis and emphysema (CPFE).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nicodxi@gmail.com (N.E. Bernard).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rard.2017.01.005>

0048-7619/© 2017 Sociedad Argentina de Radiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

The aim of this article is to describe the findings of smoking-associated lung lesions using multidetector computed tomography (MDCT) images, and their main differential diagnoses.
© 2017 Sociedad Argentina de Radiología. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El hábito tabáquico se asocia a patologías pulmonares intersticiales, como enfermedad intersticial (bronquiolitis respiratoria asociada a enfermedad pulmonar intersticial [BRE-PI]), neumonitis descamativa (ND), histiocitosis de Langerhans (HL), neumonía eosinofílica aguda (NEA) y fibrosis pulmonar (FP), más la combinación de esta última con el enfisema (FPE). Además está vinculado al cáncer, principalmente con los tipos histológicos escamoso y de células pequeñas, y al enfisema.

Estas entidades muchas veces se presentan con solapamiento clínico radiológico y con frecuencia pueden coexistir. La utilización de la tomografía computada multidetector (TCMD) permite una mejor caracterización y discriminación de ellas.

El objetivo de este trabajo es describir los hallazgos por TCMD de las lesiones pulmonares asociadas al tabaquismo, como así también los principales diagnósticos diferenciales de estas entidades.

Cáncer pulmonar

Cerca del 90% de los cánceres de pulmón están directamente relacionados con el humo del cigarrillo, por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera al tabaco como la principal causa de muerte prevenible¹. Según Morabia *et al.*² la asociación entre el hábito tabáquico y el tipo histológico del cáncer podría estar relacionado con la localización, ya que se vincula más con los carcinomas de ubicación central (escamoso y de células pequeñas) que con los periféricos (adenocarcinoma y carcinoma de células grandes). Estos últimos se encuentran menos relacionados con el humo del cigarrillo.

El carcinoma de células escamosas frecuentemente se manifiesta como una lesión endobronquial, con o sin obstrucción bronquial, produciendo de esta forma atelectasia o neumonía posobstructiva e invasión rápida del sistema linfático, generalmente con signos de linfangitis al momento del diagnóstico. Las lesiones se ven como masas redondeadas que frecuentemente cavitan con invasión de estructuras hiliares y mediastinales. Generalmente ocasionan metástasis tardías^{3,4}.

El carcinoma de células pequeñas corresponde al 15% de los tumores pulmonares, es de origen neuroendocrino y presenta muy mal pronóstico³. Posee localización central en el 75-90% de los casos, con origen en los bronquios principales o lobares, produciendo invasión de los mismos y formando masas hiliares/perihiliares de gran tamaño (fig. 1).

Producen metástasis ganglionares (mediastinales e hiliares) y a distancia en forma temprana (hígado, hueso, glándulas suprarrenales y cerebro)^{5,6}.

El adenocarcinoma se presenta como un nódulo o masa redondeada u oval solitaria periférica en el 75% de los casos y se encuentra más comúnmente en los lóbulos superiores⁴ (fig. 2). Algunos distorsionan los vasos periféricos (corona *radiata*) o causan retracción de la pleura adyacente. Estos hallazgos no son específicos, ya que también pueden verse en patología benigna^{7,8}.

El carcinoma de células grandes se revela como una masa voluminosa periférica de márgenes irregulares en más del 60% de los casos. Son frecuentes las metástasis extrapulmonares en el momento del diagnóstico⁴.

Enfisema

El enfisema centrolobulillar es la forma de lesión pulmonar más frecuente asociada al tabaquismo. Afecta a más de la mitad de los fumadores⁹. La disnea sin producción de esputo es la clínica de presentación habitual. Se encuentra predominantemente en las zonas superiores de cada lóbulo (es decir, segmentos apical y posterior de los lóbulos superiores, y el segmento superior de los lóbulos inferiores) y tiene una distribución irregular⁹. Aparece como radiolucencias focales (espacios enfisematosos) que miden hasta 1 cm de diámetro, situadas centralmente dentro del lobulillo pulmonar secundario^{9,10} (fig. 3).

Bronquiolitis respiratoria asociada a enfermedad pulmonar intersticial

Afecta usualmente a fumadores activos entre los 30 y 40 años que consumen más de 30 paquetes al año. Se presenta de manera asintomática o con síntomas leves que incluyen disnea y tos, pero también puede observarse disnea severa o hipoxemia. Por lo general no se asocia a hipocratismo.

Los hallazgos en la TCMD incluyen opacidades centrolobulillares micronodulares, áreas de aumento de la atenuación en vidrio esmerilado y engrosamiento de las paredes bronquiales que predominan en los lóbulos superiores (figs. 4 y 5). Es común la coexistencia con enfisema centrolobulillar.

Los diagnósticos diferenciales incluyen neumonitis aguda por hipersensibilidad (fig. 6), ND y neumonitis intersticial no específica (NINE).¹¹

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8825580>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8825580>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)