

CASOS EN IMAGEN: 2

A.M. Julve Parreño, R. Dosdá Muñoz y J.M. Sanchis García

Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Clínico de Valencia. Valencia. España.



Fig. 1.—Radiografía posteroanterior.



Fig. 2.—Radiografía lateral.

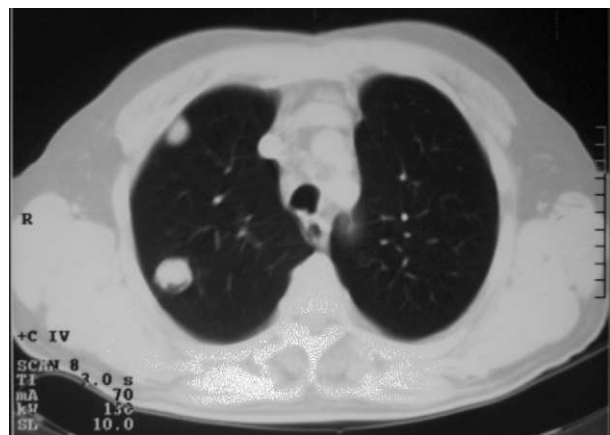


Fig. 3.—TC torácica con contraste intravenoso en ventana pulmonar.

Se trata de un paciente varón de 75 años de edad, fumador y sin otros antecedentes de interés. Refiere un síndrome constitucional y un cuadro catarral de 4 meses de evolución con tos y febrícula. Se le hizo una radiografía y una tomografía computarizada (TC) torácica.



Fig. 4.—TC torácica con contraste intravenoso en ventana pulmonar.

Comentario en la página 449

Casos en imagen 2.—AMILOIDOSIS NODULAR PULMONAR

Diagnóstico

Amiloidosis nodular pulmonar.

Hallazgos radiológicos

En la radiografía de tórax postero-anterior se observan varias imágenes nodulares de diverso tamaño, de predominio periférico (fig. 1). Presentan contornos parcialmente bien delimitados, excepto una de mayor tamaño, situada en el segmento posterior de lóbulo superior derecho de bordes bien definidos (fig. 2). En la TC torácica tras la administración de contraste intravenoso se aprecia la existencia de múltiples lesiones nodulares parenquimatosas en hemitórax derecho, periféricas y subpleurales, sin evidencia de calcificación, con diámetros entre 1,2 y 2,5 cm (figs. 3 y 4). No se observa cavitación intralesional. No se visualizan adenopatías mediastínicas ni hiliares ni derrame pleural. Se practicó una punción aspiración con aguja fina (PAAF) con resultado negativo, por lo que se decide realizar una toracoscopia para la resección de dos nódulos subpleurales, siendo el diagnóstico de amiloidosis.

Comentario

La amiloidosis hace referencia a un grupo de enfermedades caracterizadas por el depósito de material proteico anormal en los tejidos extracelulares. Se clasifica en primaria, secundaria, hereditaria y senil o relacionada con la edad. La forma primaria se relaciona con discrasia monoclonal de células plasmáticas y hasta el 30% de los pacientes puede progresar a mieloma múltiple¹.

La forma secundaria se asocia a procesos inflamatorios crónicos, consecuencia de enfermedades de larga evolución (artritis reumatoide, enfermedad inflamatoria intestinal, tuberculosis, bronquiectasias, fibrosis quística, etc.). Su incidencia ha aumentado gradualmente debido a la mayor esperanza de vida de los pacientes con enfermedades crónicas¹. La amiloidosis hereditaria es poco frecuente y suele ser autosómica dominante.

En la amiloidosis senil la edad es el único factor de riesgo, ya que su incidencia aumenta con esta, produciéndose hasta en el 25% de los pacientes mayores de 80 años, y no está relacionada con enfermedades concurrentes². La amiloidosis puede ser localizada o sistémica, presentarse como hallazgo incidental o ser potencialmente letal³. Se hace clínicamente significativa cuando se afecta la función del órgano por sustitución de su estructura celular normal en la forma difusa o por el efecto masa en la forma localizada (amiloidoma). La afectación pulmonar es relativamente rara, y puede ser difusa o localizada. Tiene tres formas de presentación: traqueobronquial, parenquimatosa nodular y septal, siendo esta última la más común⁴.

En nuestro caso la presentación fue nodular. La amiloidosis pulmonar nodular es normalmente asintomática y por ello se encuentra de forma incidental. Se caracteriza por la presencia de uno o más nódulos o masas intrapulmonares (amiloidomas). Los nódulos predominan en lóbulos inferiores, frecuentemente tienen localización periférica y subpleural, y su diámetro varía de 0,4 a 15 cm. Pueden ser bilaterales, crecen lentamente y con frecuencia presentan cavitación o calcificación^{2,4}. Las adenopatías hiliares o mediastínicas son raras y el diagnóstico diferencial incluye neoplasias primarias y metástasis.

El diagnóstico normalmente requiere confirmación histológica, siendo la resección de dichos nódulos diagnóstica y curativa³.

El depósito amiloideo parenquimatoso pulmonar solitario tiene un curso siempre benigno que raramente requiere intervención, excepto en lesiones localizadas en el árbol traqueobronquial y de grandes depósitos amiloides que comprimen estructuras mediastínicas adyacentes⁵. Debido a que los hallazgos en imagen en la amiloidosis son inespecíficos debemos tener en cuenta esta posibilidad diagnóstica ante pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas y especialmente en el mieloma múltiple.

BIBLIOGRAFÍA

1. Georgiades CS, Neyman EG, Barish MA, Fishman EK. Amyloidosis: review and CT manifestations. *Radiographics*. 2004;24:405-16.
2. Kholova I, Niessen HWM. Amyloid in the cardiovascular system: a review. *J Clin Pathol*. 2005;58:125-33.
3. Gillmore JD, Hawkins PN. Amyloidosis and the respiratory tract. *Thorax*. 1999;54:444-51.
4. Giménez A, Franquet T, Prats R, Estrada P, Villalba J, Bague S. Unusual primary lung tumors: a radiologic-pathologic overview. *Radiographics*. 2002;22:601-19.
5. Podbielski FJ, Nelson DG, Pearsall GF, Márquez GD, Connolly MM. Nodular pulmonary amyloidosis. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 1997;114:289-91.

Correspondencia:

Juan Manuel Sanchis.
Servicio de Radiodiagnóstico.
Hospital Clínico Universitario de Valencia.
Avda. Blasco Ibáñez, 17.
46009 Valencia. España.
ajulvep@hotmail.com