

M.E. Navarro-Aguilar^{a,*}, J. Navarro-Calzada^a,
I. Torres-Courchoud^a, M.J. Iguzquiza-Pellejero^a
y A. Cantín-Golet^b

^a Especialidad en Medicina Interna, Servicio de Urgencias,
Hospital Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

^b Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria,
Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Lozano Blesa,
Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: navarroaguilar@hotmail.com
(M.E. Navarro-Aguilar).

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2017.05.002>
1138-3593/

© 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria
(SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los
derechos reservados.

Hemoptisis con imagen radiológica que aparece y desaparece



Haemoptysis and a radiological image that appears and disappears

Introducción

Las masas mediastínicas suponen un hallazgo poco frecuente en la práctica clínica y obligan a establecer un adecuado diagnóstico diferencial. Se presenta un caso clínico cuya dificultad diagnóstica radica en la radiografía de tórax: se trata de un paciente con hemoptisis y tos que no presenta alteración en la primera radiografía, pero sí una imagen radiológica mediastínica en la segunda, realizada por no mostrar ninguna mejoría de la clínica, con diagnóstico final de quiste broncogénico. Aunque ante este tipo de hallazgos en las pruebas de imagen la primera sospecha suele ser la enfermedad tumoral, existen múltiples causas, benignas y malignas, de masas mediastínicas.

Caso clínico

Se trata de un varón de 77 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial y dislipidemia en tratamiento con lisinopril y ésteres etílicos de los ácidos omega 3. Fumador con un consumo acumulado de 16 paquetes/año con criterios de bronquitis crónica. Refiere en los últimos días un incremento de su tos habitual, asociando hemoptisis en las últimas 24 h. No refiere disnea, dolor torácico, fiebre, ortopnea, odinofagia, congestión nasal, mucosidad ni síntomas de alarma.

En la exploración física se encuentra eupneico en reposo, sin tiraje. No hay hiperemia faríngea ni sangrado activo. La auscultación pulmonar revela murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Durante la exploración presenta tos con mínimo sangrado en esputo.

Se solicita radiografía de tórax ([fig. 1A](#)), en la que se aprecia una imagen lobular en la cúpula diafragmática derecha, sin observarse consolidaciones. Se deriva a Neumología. Acude nuevamente a consulta una semana después por un incremento de la tos y hemoptisis, sin cambios exploratorios. En la nueva radiografía ([fig. 1B](#)) se observa una imagen mediastínica, de densidad agua, no presente en la imagen previa. Una vez comentado

esto con el Servicio de Neumología se solicita tomografía computarizada (TC) torácica urgente.

La TC pulmonar describe una lesión paramediastínica irregular en el lóbulo superior derecho de 63 × 44 × 25 mm, sospechosa de neoformación ([fig. 2A](#)), con signos de enfisema de predominio centroacinar en los lóbulos superiores, atelectasias subsegmentarias en el lóbulo inferior derecho, hernia de Bochdalek grasa izquierda, sin otros hallazgos significativos, recomendando completar el estudio con tomografía por emisión de positrones. Esta fue informada como lesión paramediastínica derecha indicativa de benignidad, con un volumen significativamente menor que el de la TC previa.

Ante la estabilidad clínica, la remisión de la hemoptisis y la disminución de volumen de la lesión se adopta una conducta expectante con una nueva TC a los 3 meses. Previamente se solicita una nueva radiografía de tórax ([fig. 1C](#)), en la que no se observa la lesión mediastínica. En la TC, realizada 3 meses después, no aparece lesión mediastínica, y solo informa de signos de enfisema centrolobulillar y eventración diafragmática izquierda, sin otros hallazgos significativos ([fig. 2B](#)).

Con el diagnóstico final de lesión paramediastínica de pulmón derecho, benigna, posiblemente un quiste broncogénico sin confirmación histopatológica, que disminuye de tamaño a lo largo del estudio hasta su desaparición en la última TC de control, el paciente es dado de alta del Servicio de Neumología y controlado en nuestra consulta, sin que se volvieran a observar alteraciones en las radiografías de control posteriores. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Discusión

El mediastino se define clásicamente como el espacio que separa los 2 pulmones. Para su estudio, se divide en compartimento anterior, medio y posterior. Las lesiones más frecuentes en el mediastino anterior son de origen tiroideo (bocio, neoplasia, tiroides ectópico), masas tímicas (timoma, quiste tímico, neoplasia, hiperplasia tímica), linfomas (Hodgkin y no Hodgkin), tumores de células germinales (teratoma) y masas del seno cardiofrénico (grasa)^{1,2}. En el mediastino medio, la dolencia suele deberse a adenopatías metastásicas, linfomas (Hodgkin y no Hodgkin), adenopatías inflamatorias (tuberculosis, histoplasmosis, sarcoidosis), causas vasculares (arco aórtico derecho, anomalías venosas), enfermedad esofágica

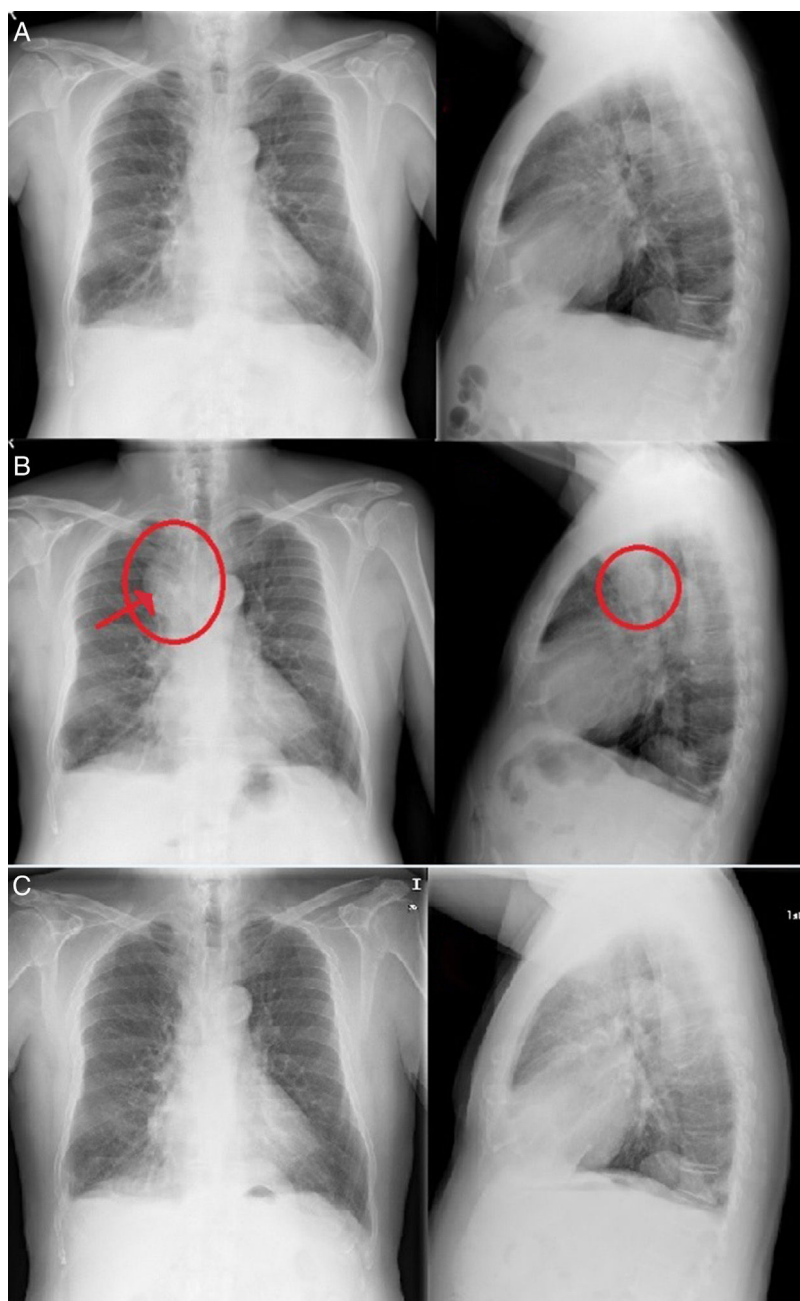


Figura 1 A. Primera radiografía de tórax realizada; a la izquierda se presenta la proyección posteroanterior y a la derecha, la proyección lateral. No se observan imágenes de infiltrados ni existe consolidación alveolar; senos costofrénicos libres, se observa imagen lobular de la cúpula diafragmática derecha, intersticio e hilos normales, sin otras alteraciones. B. Segunda radiografía, realizada 7 días después de la primera; a la izquierda se presenta la proyección posteroanterior y a la derecha, la proyección lateral. Se observa imagen mediastínica, bien delimitada, densidad agua (rodeada por un círculo y señalizada con una flecha), que no aparecía en la radiografía previa. C. Radiografía de tórax realizada tras el alta en el Servicio de Neumología. No se observan lesiones en el mediastino, la imagen ha desaparecido por completo.

(hernia de hiato, acalasia, neoplasia, varices esofágicas, quiste de duplicación esofágica) y otras causas (lipomatosis mediastínica, quistes broncogénicos, tumores traqueales primarios, quistes pericárdicos)^{1,2}. Las lesiones que pueden encontrarse en el mediastino posterior se relacionan con neoplasias neurales (schwannoma, neurofibroma, ganglioneuroma), neoplasias no neurales (linfoma, lesiones metastásicas), lesiones inflamatorias (absceso paraespinal

relacionado con tuberculosis, sarcoidosis), causas vasculares (aneurisma aórtico) y otras causas (hernia de Bochdalek, hematopoyesis extramedular, meningocele)^{1,2}.

En el caso que nos ocupa, la aparición y desaparición de una lesión mediastínica debe plantear el diagnóstico diferencial con las causas de masas quísticas del mediastino. Los quistes mediastínicos son poco frecuentes. Constituyen un grupo heterogéneo de lesiones neoplásicas, congénitas

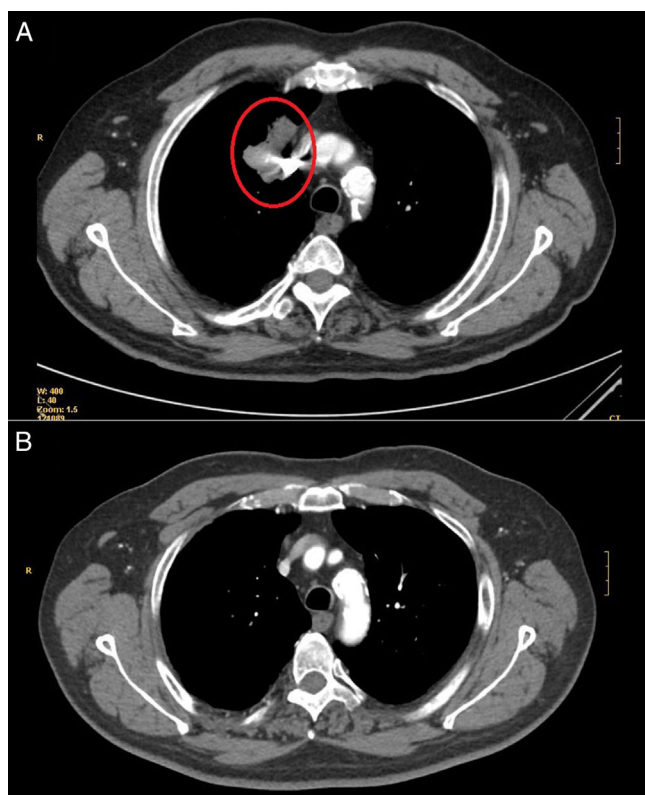


Figura 2 A. Imagen de la primera TC realizada tras el hallazgo en la segunda radiografía (fig. 1B). Se describe lesión paramediastínica irregular en el lóbulo superior derecho (rodeada por un círculo). B. Imagen de la segunda TC de control, realizada 3 meses después, tras comprobar en la radiografía que la imagen había desaparecido (fig. 1C). No se observa lesión paramediastínica.

e inflamatorias y existen estudios que sitúan su prevalencia entre el 20-32% de todas las masas primarias³, si bien es difícil calcularla exactamente, ya que suelen hallarse de forma casual durante un examen por otras indicaciones³, y suelen ser asintomáticas. Suelen localizarse en el mediastino medio³⁻⁵, ser de origen congénito^{4,5}, y la mayoría de ellos corresponden a quistes broncogénicos (5-10% de todos los tumores y 50-60% de todas las masas quísticas mediastínicas)³, pericárdicos, teratomas, quistes pleurales, quistes hidatídicos y quistes tiroideos^{4,5}.

El quiste broncogénico es el resultado de una ramificación anormal ventral del árbol traqueobronquial durante el desarrollo embriológico, dando lugar a masas delimitadas por epitelio columnar pseudoestratificado, músculo liso y tejido glandular, que se rellena de líquido seromucoso^{3,5,6}. Su localización más habitual es el mediastino medio y, concretamente, subcarínica o parahiliar. Con frecuencia son únicos y suelen tener una morfología radiológica característica: lesiones redondeadas, bien delimitadas y de contenido líquido (que explicaría la aparición y disminución de la lesión a lo largo del estudio), con densidad radiológica agua^{3,4}. Normalmente son asintomáticos⁷, pero cuando

aparecen síntomas estos son inespecíficos: tos, hemoptisis, disnea, dolor, fiebre, esputo purulento y disfagia; estos síntomas suelen corresponder a alguna complicación del quiste o infección concomitante^{3,4,7}. El paciente refería como única sintomatología tos de larga evolución y hemoptisis de reciente aparición. El tratamiento de los quistes broncogénicos es controvertido³⁻⁵. Se recomienda una actitud expectante y control mediante técnicas de imagen en los pacientes asintomáticos, si bien puede considerarse la intervención quirúrgica y el análisis histopatológico, que aporta en diagnóstico definitivo, en casos sintomáticos.

Ante una imagen radiológica mediastínica que aparece y desaparece, debe pensarse en una lesión que contenga líquido, ya que aparecería en la radiografía cuando la lesión tuviera líquido (densidad agua radiológica) y desaparecería cuando se eliminara el contenido. A pesar de que un paciente con hemoptisis y tos como única sintomatología, con imagen radiológica sospechosa, puede plantear como primera opción diagnóstica un proceso tumoral, es necesario establecer un diagnóstico diferencial correcto de las posibles masas mediastínicas y realizar un estudio completo.

Bibliografía

1. Caballero Sánchez MM, Cinesi Gómez C. Masas mediastínicas. *Semergen*. 2003;29:573-6.
2. Juanpere S, Cañete N, Ortuño P, Martínez S, Sánchez G, Bernado L. A diagnostic approach to the mediastinal masses. *Insights Imaging*. 2013;4:29-52.
3. Gürsoy S, Oztürk A, Ucvet A, Erbaycu AE. Lesiones quísticas primarias y benignas del mediastino en el adulto: espectro clínico y tratamiento quirúrgico. *Arch Bronconeumol*. 2009;45:371-5.
4. Sarper A, Ayten A, Golbasi I, Demircan A, Isin E. Bronchogenic cyst. *Tex Heart Inst J*. 2003;30:105-8.
5. Kosar A, Tezel C, Orki A, Kiral H, Arman B. Bronchogenic cysts of the lung: Report of 29 cases. *Heart Lung Circ*. 2009;18:214-8.
6. Nusair S, Salameh-Giryas S, Springer C, Izhar U. Congenital bronchial cyst with recurrent submassive hemoptysis. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2003;125:972-3.
7. Gómez Sáenz JT, Gérez Callejas MJ, Zangróniz Uruñuela MR, Díaz Ramírez M, Ibáñez Leza A, Aldaz Vaca S. Mature cystic teratoma of the lung: A case report. *iMedPub Journals*. 2016;1:1-4.

M. Sánchez-García^{a,*}, A.M. Sánchez-Reche^a,
M.B. García-Andrés^b y J.A. Delgado-Casado^a

^a Centro de Salud Ciudad Real II, Ciudad Real, España

^b Centro de Salud Piedrabuena, Piedrabuena, Ciudad Real, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fenetra.444@hotmail.com
(M. Sánchez-García).

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2017.07.005>
1138-3593/

© 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.