

MESOTELIOMA PLEURAL MALIGNO: A PROPOSITO DE UN CASO

PRESENTACION DEL CASO

Paciente masculino de 55 años, consumidor de etanol, no fumador. Empleado en la industria pesada con exposición a asbesto durante 25 años.

Consulta por disnea progresiva, tos no productiva y dolor en hemitórax derecho.

HALLAZGOS IMAGENOLOGICOS



Fig. 1

Se realizó **tomografía computada de tórax con contraste ev.** Se observa engrosamiento difuso de la pleura parietal y visceral derechas, de bordes lobulados y aspecto nodular, encapsulando la superficie pulmonar con extensión cisural sin realce significativo luego de la administración de contraste endovenoso asociado atelectasia del parénquima subyacente y elevación del hemidiafragma homolateral. (Fig. 1 y 2.).

AUTORES:

Juan Ignacio Peralta. Fernando Macrina.
Jesica Tamara Kerry. Maryurys Patricia
Orozco. Mónica Machuca Castillo. Rita
Juliana Manzur.

MESOTELIOMA PLEURAL MALIGNO

HALLAZGOS IMAGENOLOGICOS

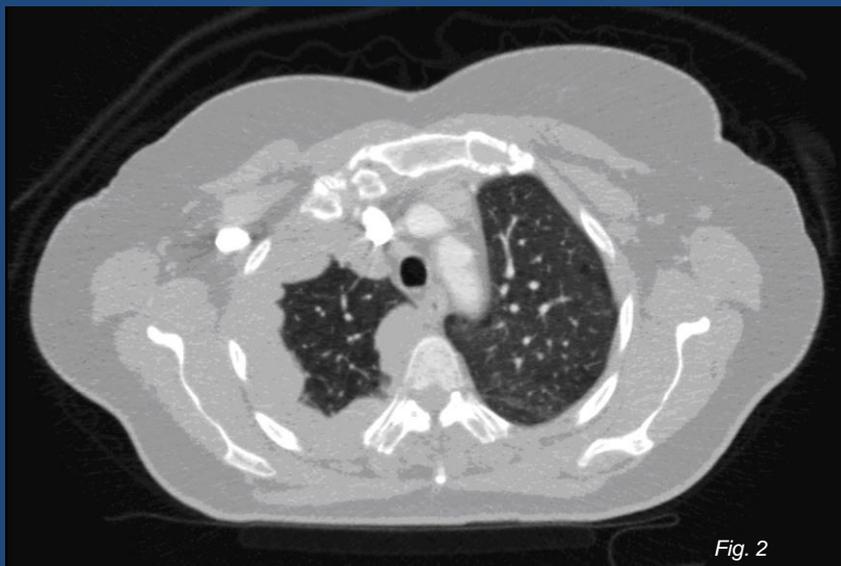


Figura 2. TC de tórax con contraste endovenoso (ventana pulmonar). Se evidencia engrosamiento difuso de la pleura parietal y visceral derechas, de bordes lobulados y aspecto nodular, encapsulando la superficie pulmonar asociado atelectasia del parénquima subyacente.

Hallazgos en TC típicos de Mesotelioma Maligno

- Masa pleural sólida: focales , engrosamientos difusos o nodulares rodeando y encapsulando la superficie pulmonar. Suele presentar extensión cisural (40-86%).
- Derrame pleural: es la manifestación radiológica más frecuente. La cantidad de derrame es independiente del tamaño de la neoplasia. Suele ser de tipo exudativo, linfocitario y frecuentemente hemorrágico.

AUTORES:

Juan Ignacio Peralta. Fernando Macrina.
Jesica Tamara Kerry. Maryurys Patricia
Orozco. Mónica Machuca Castillo. Rita
Juliana Manzur.

MESOTELIOMA PLEURAL MALIGNO

HALLAZGOS IMAGENOLOGICOS



Figura 3. Tomografía computada multidetector (TCMD) de torax con contraste endovenoso (ventana mediastinal). Se evidencia engrosamiento difuso de la pleura parietal y visceral derechas, de bordes lobulados y aspecto nodular, encapsulando la superficie pulmonar sin realce significativo luego de la administración de contraste endovenoso

- **Calcificaciones pleurales:** las placas benignas calcificadas (20%) pueden llegar a ser englobadas por el tumor primario simulando calcificaciones propias del mismo cuando realmente son lesiones pleurales ya existentes previas a la neoplasia.
- **Pérdida de volumen pulmonar:** se pueden observar otros signos indirectos además de la atelectasia, como contracción de hemitórax afectado, desplazamiento mediastínico, disminución de espacios intercostales y elevación de hemidiafragma ipsilateral.

AUTORES:

Juan Ignacio Peralta. Fernando Macrina.
Jesica Tamara Kerry. Maryurys Patricia
Orozco. Mónica Machuca Castillo. Rita
Juliana Manzur.

MESOTELIOMA PLEURAL MALIGNO

HALLAZGOS IMAGENOLOGICOS

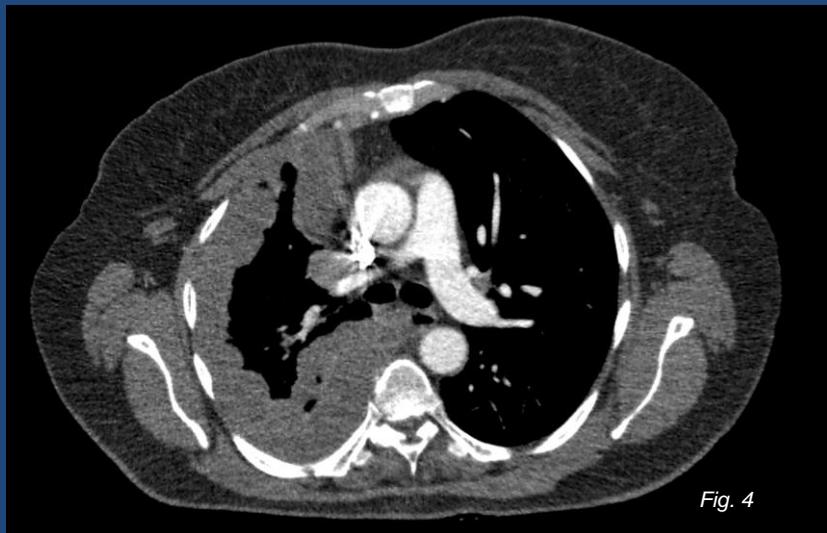


Figura 4. TC de tórax con contraste endovenoso (ventana mediastinal). Se evidencia engrosamiento difuso de la pleura parietal y visceral derechas, de bordes lobulados y aspecto nodular, encapsulando la superficie pulmonar sin realce significativo luego de la administración de contraste endovenoso.

- **Progresión del tumor primario:** cuando existe diseminación del mismo a mediastino, diafragma, pared costal o incluso parénquima pulmonar.
- **Engrosamiento pleural circunferencial :** mayor de 1cm es la presentación más frecuente de la neoplasia pleural, y es un signo sugestivo, pero no específico para MPM ya que puede estar asociado a otras entidades tales como metástasis (neoplasia pleural más frecuente) o extensión directa de otros tumores, linfoma, tumor fibroso pleural, enfermedad pleural benigna relacionada a asbestosis, engrosamiento secundario a enfermedades autoinmunes, etc.

AUTORES:

Juan Ignacio Peralta. Fernando Macrina.
Jesica Tamara Kerry. Maryurys Patricia
Orozco. Mónica Machuca Castillo. Rita
Juliana Manzur.

MESOTELIOMA PLEURAL MALIGNO

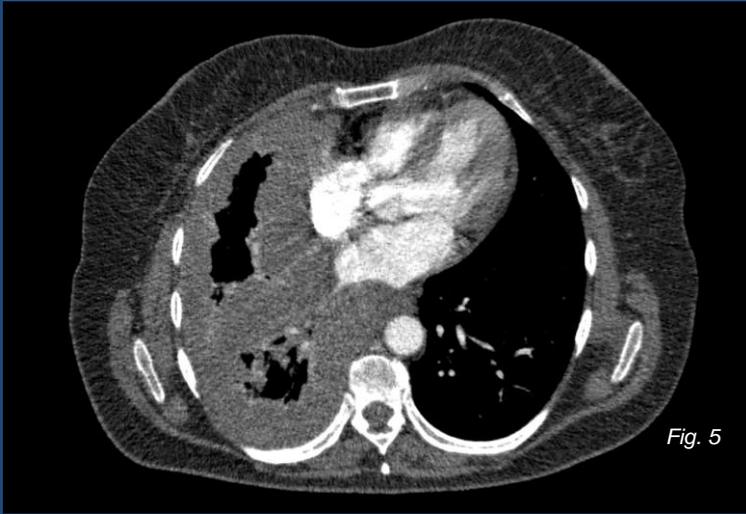


Figura 5. TC de tórax con contraste endovenoso (ventana mediastinal). Se evidencia engrosamiento difuso de la pleura parietal y visceral derechas, de bordes lobulados y aspecto nodular, encapsulando la superficie pulmonar con extensión cisural sin realce significativo luego de la administración de contraste endovenoso.



Figura 6. TC de tórax con contraste endovenoso (ventana mediastinal). Se evidencia engrosamiento difuso de la pleura parietal y visceral derechas, de bordes lobulados y aspecto nodular, encapsulando la superficie pulmonar y elevación del hemidiafragma homolateral.

AUTORES:

Juan Ignacio Peralta. Fernando Macrina.
Jesica Tamara Kerry. Maryurys Patricia
Orozco. Mónica Machuca Castillo. Rita
Juliana Manzur.

MESOTELIOMA PLEURAL MALIGNO

DISCUSION

El *mesotelioma pleural maligno (MPM)* es una neoplasia altamente letal con supervivencia no mayor a 2 años.

Ha sido atribuido a diversas causas tales como la exposición directa o indirecta a asbestos (anfíboles), radiación, fibrosis pleural, factores hereditarios e infección por virus SV40.

La edad promedio de presentación es entre 50 y 60 años.

El dolor torácico y la disnea son las manifestaciones clínicas más frecuentes.

Disnea, tos, debilidad, malestar y fatiga aparecen usualmente en etapas avanzadas de la enfermedad.

Las técnicas de imagen juegan un papel importante en la evaluación de la enfermedad.

El diagnóstico definitivo requiere una **biopsia**.

AUTORES:

Juan Ignacio Peralta. Fernando Macrina.
Jesica Tamara Kerry. Maryurys Patricia
Orozco. Mónica Machuca Castillo. Rita
Juliana Manzur.

MESOTELIOMA PLEURAL MALIGNO

CONCLUSION

El mesotelioma pleural maligno es poco frecuente pero es el tumor primario más común de la pleura.

Radiológicamente no siempre encontraremos los patrones más frecuentes de presentación del MPM.

Realizar un diagnóstico temprano ayuda a incrementar la supervivencia de estos pacientes por lo que el radiólogo debe estar familiarizado con las formas de presentación que pudiera mostrar esta enfermedad.

AUTORES:

Juan Ignacio Peralta. Fernando Macrina.
Jesica Tamara Kerry. Maryurys Patricia
Orozco. Mónica Machuca Castillo. Rita
Juliana Manzur.