



Nº 326



• El lugar de la Familia •

# ENFERMEDAD PULMONAR CAVITADA: MAS ALLA DE LA TBC

**AUTORES:** MD. Quiñones Francy, MD.  
Narvárez Yuly, MD. Crosta Julieta,  
MD. Borrino Leticia, MD. Abramzon  
Fernando.

Diagnostico por Imágenes

Hospital Municipal de Trauma y  
Emergencias Dr. Federico Abete.



CADI2019

CONGRESO ARGENTINO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

# DEFINICIÓN

- Se define como una cavidad a un “espacio lleno de gas dentro de una zona de consolidación pulmonar o dentro de una masa o nódulo.
- Se produce por la expulsión de una parte necrótica de la lesión a través del árbol bronquial”.

# CONTEXTO CLÍNICO Y TIEMPO DE EVOLUCIÓN

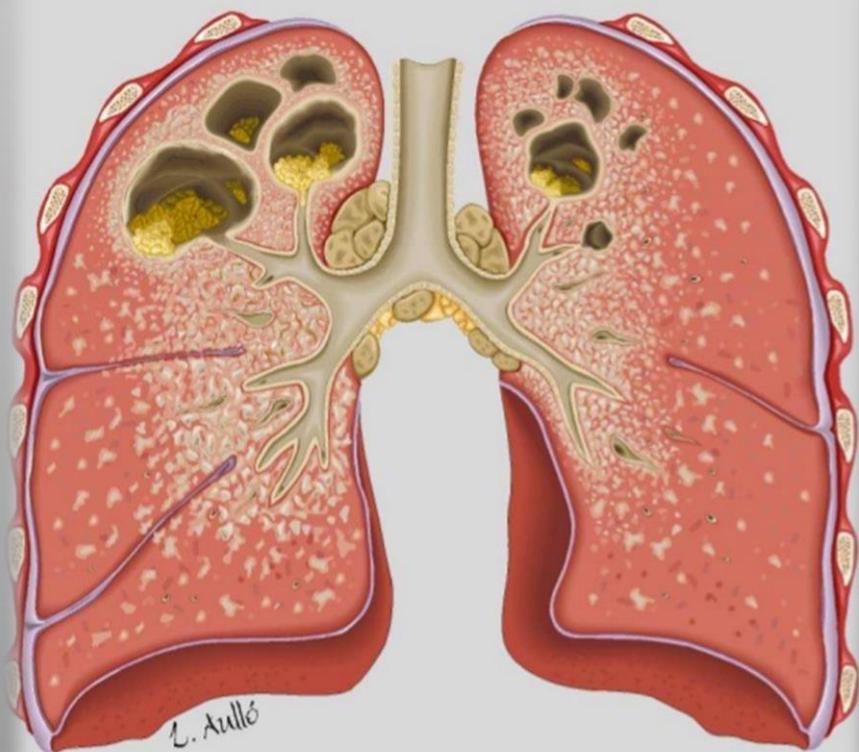
1. *Lesiones agudas o subagudas de corto periodo de evolución* (días o pocas semanas) generalmente sugieren infección, enfermedades inflamatorias progresivas, trastornos cardiovasculares (embolismo) o etiología traumática.
2. *Lesiones crónicas de larga evolución* : son más probablemente de naturaleza maligna, patología inflamatoria/fibrótica de larga evolución o lesiones congénitas.

# CARACTERÍSTICAS TOMOGRAFÍCAS

## Grosor de la pared:

Entre mayor grosor de la pared mayor probabilidad de malignidad

- Si pared fina ( $\leq 4\text{mm}$ ) → **Quiste**
- Si pared gruesa ( $> 4\text{mm}$ ) → **Cavidad**



# CARACTERÍSTICAS TOMOGRAFÍCAS

## Características de su superficie interna

- Nodular o irregular: lo cual se presenta habitualmente en caso de neoplasias.
- Mal definido/velloso: suele corresponder con abscesos.
- Liso: se puede observar en lesiones cavitadas de otra etiología



Figura 1. Paciente masculino que sufrió un traumatismo cerrado de Tórax. Se observa un nódulo pulmonar cavitado a nivel del lóbulo inferior izquierdo (flecha blanca). Nótese el enfisema subcutáneo (\*) asociado a neumotórax izquierdo (círculo negro) y neumomediastino (flecha negra).

# CARACTERÍSTICAS TOMOGRAFÍCAS

## Contenido interno

La presencia de un nivel hidroaéreo no se correlaciona bien con la naturaleza benigna o maligna de la lesión, y la presencia de contenido sólido puede verse tanto en procesos infecciosos, como aspergilosis invasiva, como en neoplasias necróticas.

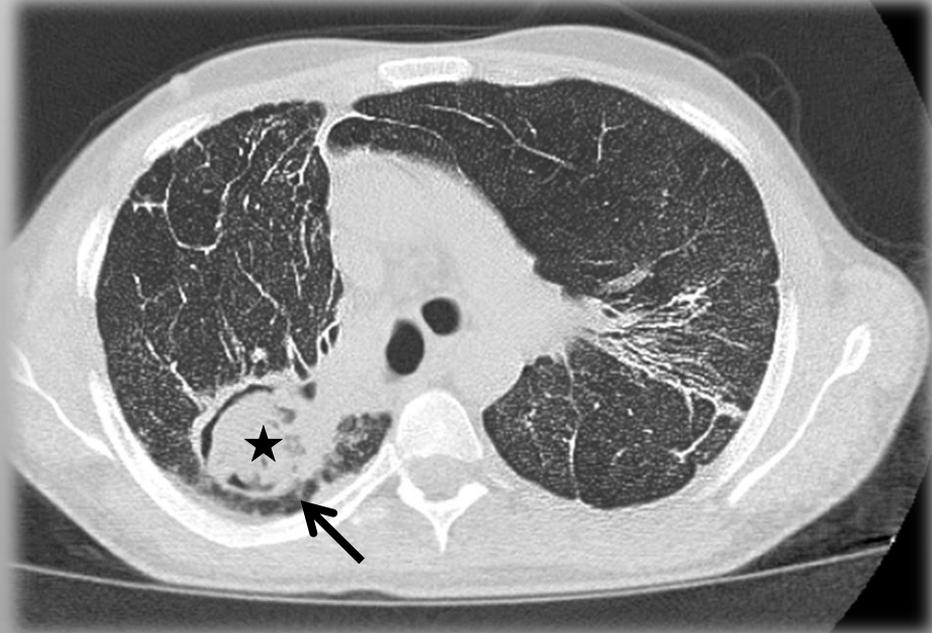


Figura 3. Paciente masculino, inmunocomprometido, con 28 años de edad con tos productiva. A nivel del ápice pulmonar derecho (flecha) se observa cavitación pulmonar con paredes irregulares de 4 mm de espesor con contenido de densidad de tejidos blandos (asterisco). El estudio microbiológico mostró **INFECCIÓN POR ASPERGILLUS**

# CARACTERÍSTICAS TOMOGRAFÍCAS

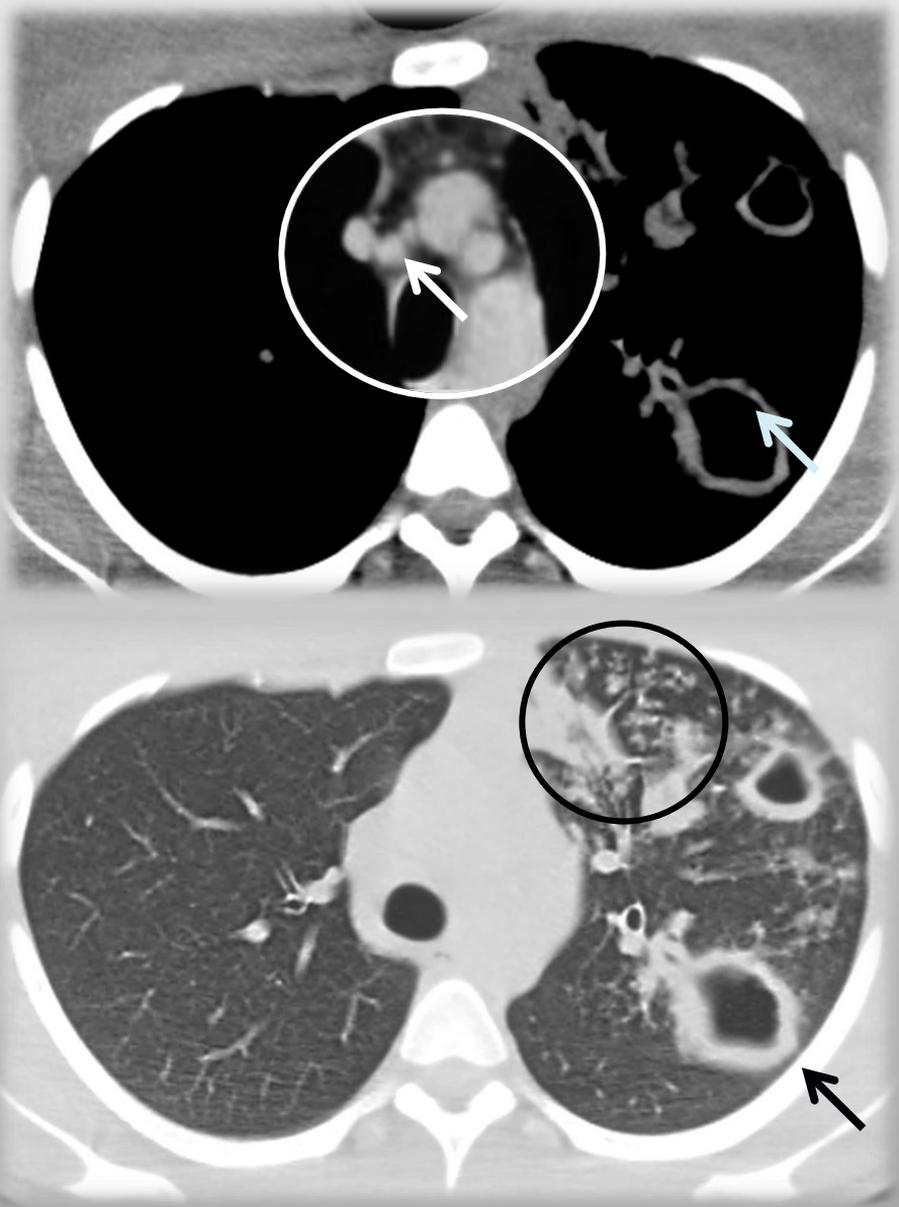
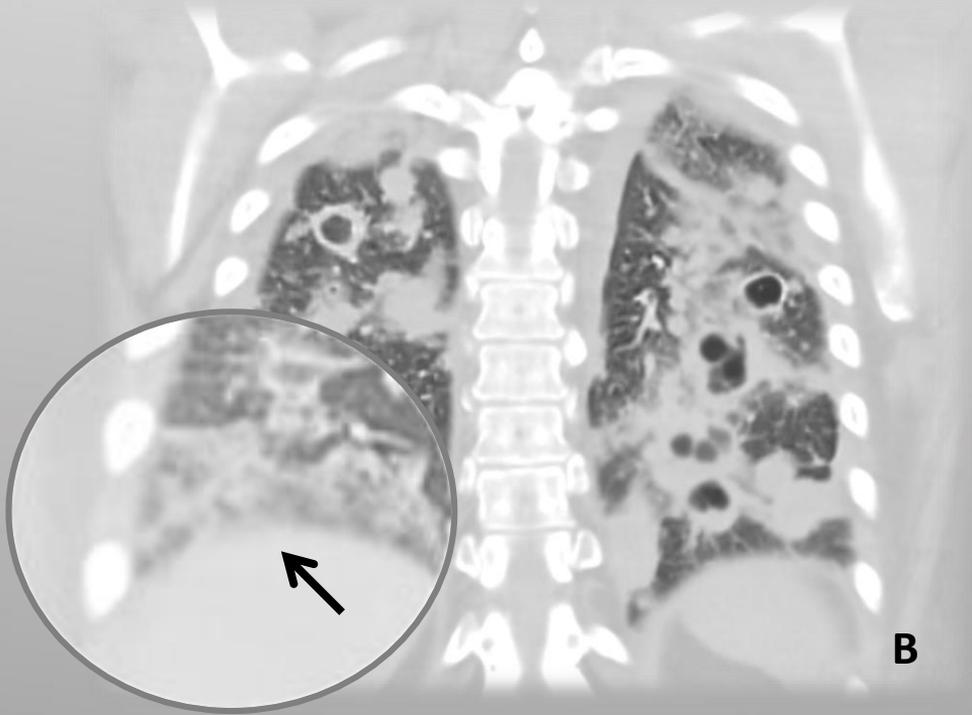


Figura 2. Paciente femenina de 32 con disnea progresiva asociada a pérdida de peso y fiebre. Se reconocen imágenes cavitadas (flecha negra), con paredes gruesas e irregulares de hasta 6 mm de grosor. Asociado se reconoce opacidades centrolobulillares conformando patron en "arbol en brote" (círculo negro) y adenomegalia pretraqueal (flecha blanca). El estudio microbiológico confirmó la **INFECCIÓN POR TB**.



**A**



**B**

Figura 4. Paciente femenina de 42 años con tos sin expectoración, sudoración nocturna y pérdida de peso. A. Corte axial B. Corte coronal. Se observan múltiples nódulos cavitados de distribución difusa, con opacidad en vidrio esmerilado (flecha negra). El resultado histopatológico confirmó el diagnóstico de **ADENOCARCINOMA PULMONAR**.

# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

## Carcinoma broncogenico:

Pueden presentar cavitación hasta en 7-11% (Rx de tórax) y hasta en 22% (TAC).

Ha demostrado ser un predictor de mal pronóstico

## Metástasis

Hay cavitación en 4% de las metástasis.

Más frecuente en metástasis de tumores epidermoides, especialmente de cabeza y cuello (69% de las metástasis cavitadas).

## Infecciones

- Neumonías necrotizantes : S.aureus: Es una causa emergente de neumonía cavitaria. Suele causar consolidación multilobar, derrame pleural y empiema. Se asocia a cavitación (27% en rx tórax) y formación de neumatoceles.

# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

---

Uni o bilateral, afecta más frecuentemente al pulmón derecho.

---

Inicialmente cavidad llena de líquido que puede simular una masa.

---

Frecuentemente acompañada por empiema.

---

Infecciones bacterianas infrecuentes.

---

(Actinomicosis, Nocardia, Rhodococcus).

---

Mycobacterium tuberculosis: La cavitación se produce en la TB de reactivación.

---

Infecciones fúngicas: Aspergilosis.

---

Infecciones Parasitarias: Hidatidosis

---

## Absceso pulmonar

# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

---

## ENFERMEDADES INFLAMATORIAS / REUMATOLOGICAS

Granulomatosis de Wegener: Se observan Nódulos pulmonares múltiples o masas irregulares, múltiples y bilaterales, de distribución subpleural y peribroncovascular, con cavitación de los nódulos: 49%. Paredes gruesas.

---

Las cavidades pulmonares son menos frecuentes en otras enfermedades autoinmunes (Artritis Reumatoide, Lupus Eritematoso Sistémico, Espondilitis Anquilopoyética): Si se presentan suelen ser secundarias a infección.

---

## EMBOLISMO PULMONAR

La cavitación tras TEP se observa a los 2- 63 días y suele ser aséptico.

---

La sobreinfección es común, especialmente por Clostridium sp., causando neumonia necrotizante cavitada.

---

# CONCLUSIÓN

La cavitación es un signo imageneologico que si bien de acuerdo a sus características morfológicas, puede orientar a patología benigna o maligna se debe correlacionar estrictamente con la clínica para dar un diagnostico presuntivo.