

## Lesión quística aérea. Neumatocele.

López Beneyto J.<sup>1</sup>, Orgaz Méndez N.<sup>1</sup>, Pastor Sánchez C.<sup>1</sup>, Ponte E.<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Hospital General Universitario de Ciudad Real, GAI-CR. <sup>2</sup>Hospital Universitario de Toledo.

---

### Resumen

Presentamos el caso de un paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) al que se le diagnosticó de forma incidental un Neumatocele diez años antes, que con el paso del tiempo se ha sobreinfectado. El Neumatocele es una la lesión quística pulmonar que no suele dar clínica, ni afectar al parénquima adyacente a no ser que se sobreinfecte, y se traduzca clínicamente en fiebre, expectoración y signos de afectación pulmonar en la auscultación.

---

## 1. Introducción

Presentamos el caso de un paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) al que se le diagnosticó de forma incidental un Neumatocele diez años antes, que con el paso del tiempo se ha sobreinfectado. El Neumatocele es una la lesión quística pulmonar que no suele dar clínica, ni afectar al parénquima adyacente a no ser que se sobreinfecte, y se traduzca clínicamente en fiebre, expectoración y signos de afectación pulmonar en la auscultación.

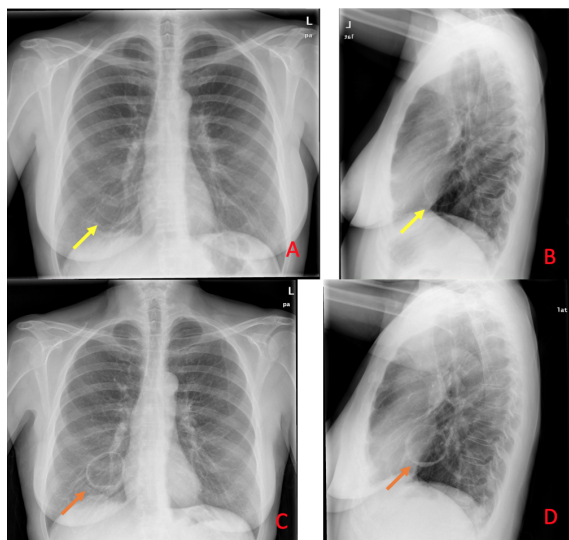
lóbulo inferior derecho (Segmento 8) [figura 1A y 1B]. Dicha lesión, fue confirmada posteriormente, mediante una TC [figura 2A y 2B]. Sin embargo, se le realiza una Rx Simple de Tórax diez años más tarde, apareciendo una lesión quística, con paredes más engrosadas, y con nivel hidroaéreo, en sospecha de complicación de dicho Neumatocele [figura 1C y 2 D]. Posteriormente se le realizó una TC, objetivando un aumento del grosor de la pared, con tracción fibrosa del parénquima adyacente, diagnosticándose, como Neumatocele consolidado y sobreinfectado [figura 2C y 2D].

## 2. Caso Clínico

Paciente fumador con EPOC fenotipo mixto que suele presentar dos exacerbaciones al año con necesidad de tratamiento con corticoides sistémicos y en periodo invernal. Sin embargo, suele estar bien controlado sin necesidad de rescate con broncodilatador el resto del año. Desde hace un año presenta clínica respiratoria, sibilancias y roncus, además de una expectoración mucopurulenta, por el cual se pauta tratamiento antibiótico. No obstante, es remitido por el servicio de Neumología por sospecha de sobreinfección de lesión quística en el contexto de infección pulmonar que no se resuelve tras tratamiento. Por tanto, se le pide un TC de tórax para establecer un diagnóstico diferencial y filiar la causa. Diez años antes, se le diagnosticó de Neumatocele, mediante una Rx Simple de Tórax, objetivándose una lesión quística aérea en el

## 3. Discusión

Los pacientes con COVID-19 pueden presentar múltiples complicaciones torácicas a corto plazo: tromboembolismo pulmonar, neumotórax, neumomediastino y hemoneumotórax, entre otras<sup>1</sup>. En la TAC es raro no encontrar hallazgos, inicialmente, y a partir del sexto día, solo el 1% de los estudios son normales<sup>2</sup>. El mayor grado de afectación suele darse alrededor del décimo día o segunda semana, cuando se observa un daño progresivo pulmonar, sobre todo en pacientes mayores de 50 años<sup>3,4</sup>. En pacientes con infección pulmonar grave y daño alveolar difuso, la presencia de neumotórax y enfisema espontáneo se ha asociado a la presencia de neumatoceles y bullas, que no aparecían en fases iniciales de la infección<sup>5</sup>. La bibliografía actual es escueta en cuanto a la presentación de hemotórax



**Figura 1:** Cronología de la lesión. Imagen quística, con la pared definida, fina y regular (flecha amarilla) Rx Simple de Tórax. Diagnóstico de la lesión A (proyección PA) y B (proyección lateral). Imagen quística con pared definida, irregular, y gruesa respecto al estudio anterior (flecha naranja). Se observa nivel hidroaéreo, signo de sobreinfección de la lesión. Proyección PA y Lateral. C y D respectivamente.

en pacientes con COVID-19, por lo que su relación no queda del todo clara<sup>6</sup>.

El diagnóstico por imagen de las lesiones quísticas aéreas no suele ser muy complejo. Sin embargo, la etiología de dichas lesiones, endurecen el diagnóstico dado el amplio espectro del diagnóstico diferencial.

El neumatocele es una lesión intrapulmonar de pared fina que corresponde a una dilatación del

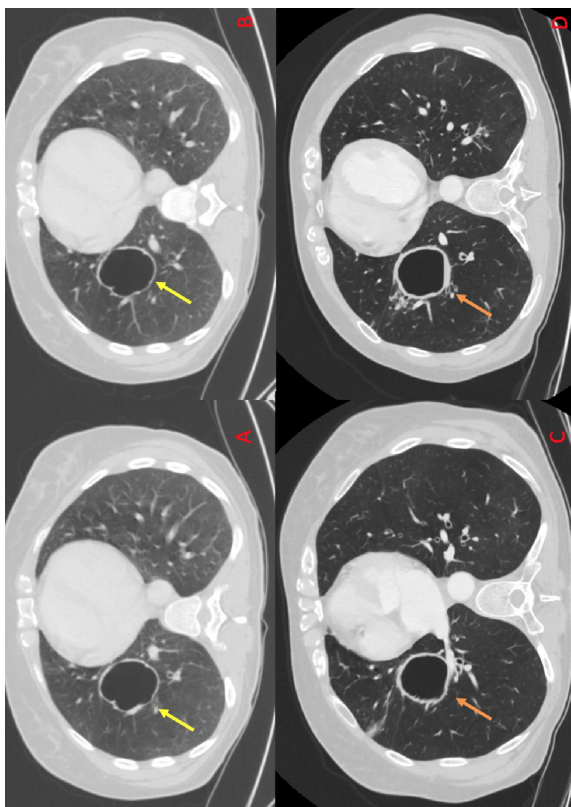
espacio aéreo distal a una obstrucción bronquial o bronquiolar con mecanismo valvular<sup>1,2</sup>. Se ve en infecciones (neumonía estafilocócica y *Pneumocystis jiroveci*), traumatismos y procesos inhalatorios. Tiene un aspecto quístico de pared fina y con bordes regulares, que pueden tener un nivel hidroaéreo<sup>3</sup>. Se suelen producir en el proceso de curación y persisten a pesar de la ausencia de síntomas clínicos. Suelen ser transitorios y no indican destrucción del parénquima<sup>4</sup>.

## 4. Conclusión

Siempre que se identifiquen lesiones quísticas inespecíficas, es conveniente seguir un orden preciso: grosor, superficie interna, contenido, número, localización y evolución de la lesión, para poder ir descartando patologías y orientar mejor el diagnóstico. Es fundamental correlacionar las imágenes radiológicas con la clínica del paciente. La importancia de la comparación con Rx de Tórax y Tc de tórax previos, vuelve a ser evidente.

### Bibliografía

1. Müller - Imaging of the Chest, 1st ed.pdf.
2. Quigley MJ, Fraser RS. Pulmonary pneumatocele: Pathology and pathogenesis. *AJR Am J Roentgenol.* 1988;150:1275—7. M.A.
3. Santolaria López, Á. Maider Salinas, R.M. Soler Llorens, E. Polo Marqués. Neumatocele. *Rev Clin Med Fam,* 3 (2010), pp. 233-234.
4. J.D. Godwin, W.R. Webb, C.J. Savoca, G. Gamsu, P.C. Goodman. Multiple thin walled cystic lesions of the lung. *AJR Am J Roentgenol,* (1980), pp. 593-604.



**Figura 2:** Imágenes de la TC. En las imágenes A y B, se observa dos cortes del mismo estudio, en el que se evidencian las características principales de los Neumatoceles. Imagen quística, con la pared definida, fina y regular (Flecha amarilla). Sin embargo, diez años después en los cortes del estudio de la TC (C y D) se objetivó una lesión consolidada, con retracción del parénquima adyacente, así como, una sobreinfección de este a modo de bronquiectasias (Flecha naranja).