

ATELECTASIAS REDONDAS BILATERALES EN PACIENTE EXPUESTO A ASBESTO EN SEGUIMIENTO DURANTE 10 AÑOS

Dr. Jorge Rodriguez-Sanz¹ / Dra. Maria Aguado-Agudo¹ / Dr. Ricardo Gomez-Miranda² / Dr. Manuel Viñuales-Aranda¹ / Dr. Sergio Alarcon-Sisamon¹

¹ Servicio de Neumología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

² Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

RESUMEN

Las atelectasias redondas son un hallazgo poco frecuente y por su similitud con procesos malignos pueden ser un reto en su manejo y seguimiento. Presentamos un caso de un paciente con exposición conocida a asbesto que presentó dos lesiones de gran tamaño de forma bilateral y que fue seguido en consulta de Neumología manteniéndose estables radiológicamente en el tiempo durante más de 10 años. La discrepancia clínico-radiológica de este tipo de hallazgos y su escasa frecuencia hacen importante su comunicación para llegar a un diagnóstico preciso y a un manejo pertinente.

ABSTRACT

Round atelectasis are a rare find and because of its similarities with neoplastic entities, they can be a challenge in management and follow-up. We present the case of a 69-year-old patient with known exposure to asbestos who presented two large bilateral masses. He was strictly followed up, keeping those masses radiologically stable for more than 10 years. The great discrepancy between clinical and radiologic findings of this lesions and its low frequency makes clear the necessity of its communication to reach a precise diagnosis and a pertinent management.

Notas Clínicas

CASO CLÍNICO

El paciente comienza seguimiento en las consultas de Neumología en febrero de 2007. En aquel momento, acude a la consulta con 58 años, sin alergias. Exfumador de 20 cigarrillos al día hasta los 55 años. Trabajó en centrales térmicas durante 25 años y estuvo en contacto con asbesto durante 4 años, en la década de los 60. No presenta criterios de bronquitis crónica.

Acude a consulta en el año 2007 por disnea habitual de 4 años de evolución, grado I de la mMRC. Presenta además una masa pulmonar sin criterios de malignidad, estable radiológicamente desde el año 2000.

Comienza seguimiento por dichos hallazgos en nuestra consulta, en la que se realiza un estudio más pormenorizado:

Pruebas complementarias:

Pruebas de Función Respiratoria en febrero de 2007: FVC: 104 %, FEV1: 99 %, TLC: 103 %, RV: 115 %, DLCO: 88 %.

TAC del tórax en febrero de 2004: enfisema centrolobulillar, placas pleurales en ápices y región diafragmática. Tumorción basal izquierda no sugestiva de malignidad.

TAC del tórax en febrero de 2005: sin cambios respecto a estudios previos.

Se realizó un PET en febrero de 2007, que consta en la historia clínica como negativo para malignidad.

Desde este momento, se realiza un seguimiento sucesivo anual, en el que se realizan pruebas de imagen y pruebas de función pulmonar.

Sin eventos significativos durante el seguimiento, hasta 2011. Se realiza un TAC de alta resolución en febrero de 2011 en el que se observan signos de enfisema pulmonar mixto en campos superiores. Placas pleurales bilaterales con múltiples calcificaciones. Se visualiza también algún nódulo pleural y una lesión fibrosa basal derecha paralela a la superficie pleural.

Masa basal derecha de 53 x 24 x 22 mm, densa, que se realiza con la inyección de contraste, con algunos signos sugerentes de atelectasia redonda. En lóbulo inferior pulmonar izquierdo se visualiza otra masa de 52 x 41 x 28 mm, de características similares a la lesión contralateral, aunque sin signos evidentes de tratarse de una atelectasia redonda.

Presenta tractos lineales radiales. Las dos contienen alguna pequeña calcificación. No se aprecian ganglios mediastínicos de tamaño patológico. Calcificaciones ganglionares en región paratraqueal derecha y área subcarinal.

Ante la aparición de dicha masa no conocida, se repite el estudio PET-TC en marzo de 2011 en el que no se observan lesiones sugestivas de malignidad, tan solo las atelectasias redondas en lóbulos inferiores ya conocidas, así como paquipleuritis bilateral metabólicamente inactiva.

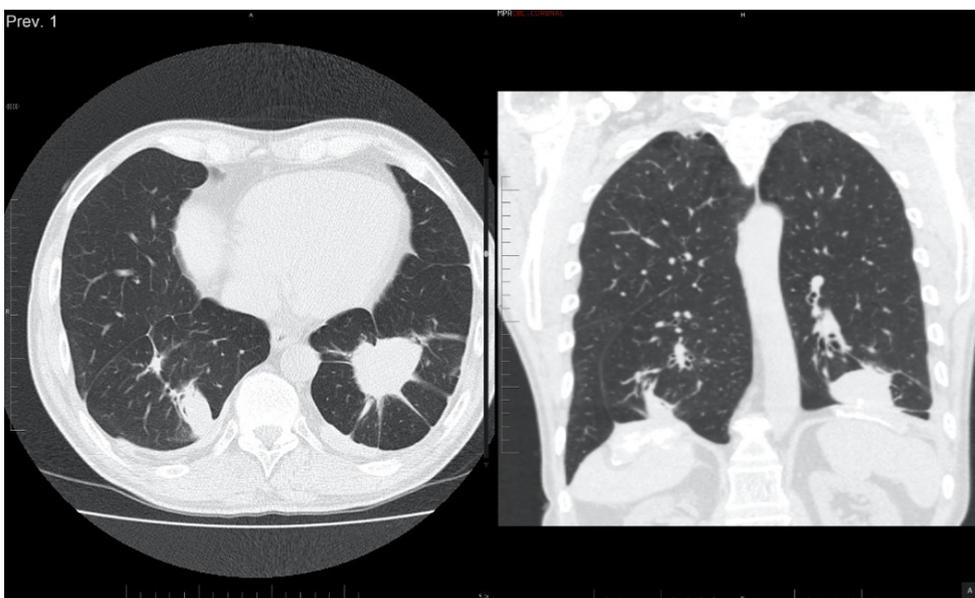


Fig. 1. TAC de alta resolución realizado en febrero de 2011 (corte axial y reconstrucción MPR) en la que se observan las atelectasias bilaterales mencionadas.

Notas Clínicas

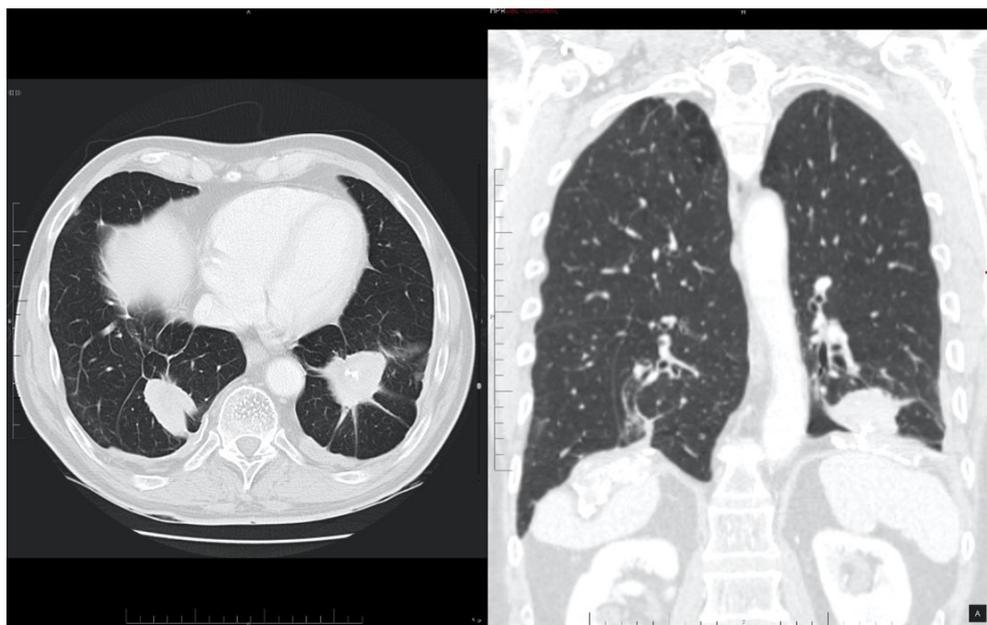


Fig. 2. TAC realizado en febrero de 2021 (corte axial y reconstrucción MPR) en la que se observan las atelectasias bilaterales mencionadas, estables tras 10 años de seguimiento.

Se realiza nuevo TAC del tórax de alta resolución en abril de 2016, en el que se encuentran masas redondeadas en ambas bases pulmonares, la de lóbulo inferior izquierdo con calcificaciones, en relación con atelectasias redondas, similares a TC previa.

Placas pleurales bilaterales, la mayoría con calcificaciones, las de mayor tamaño basales bilaterales, las cuales están similares a la TC previa. Las localizadas a nivel más superior han

aumentado algo de tamaño, especialmente una anterolateral derecha que además asocia calcificación grosera previamente no existente.

Mediastino con estructuras vasculares de calibre normal. No se identifican adenopatías mediastínicas. Sin evidencia de derrame pleural.

En abril de 2019 se le interviene de gastrectomía subtotal por adenocarcinoma gástrico (T3N1M0), tras lo cual recibió quimioterapia,

Fecha	FVC	FEV1	FEV1/FVC	DLCO
Febrero de 2007	104%	99%		88 %
Noviembre de 2007	118%	105%		94 %
Enero de 2009	119%	95%	65%	90 %
Febrero de 2011	5.34 l (126%)	3.59 l (108%)	67%	94 %
Noviembre de 2012	5.03 l (120 %)	3.33 l (102%)	66%	95%
Octubre de 2014	5.10 l (125%)	3.33 l (102%)	65%	88%
Noviembre de 2015	4.10 l (120%)	3.17 l (101%)	74%	98%
Mayo de 2017	4.01 l (116%)	3.08 l (97%)	74%	75%
Junio de 2018	4.70 l (118%)	3.17 l (104%)	67%	77%
Junio de 2019	4.01 l (109%)	3.06 l (97%)	74%	64%
Mayo de 2020	4.36 l (110%)	2.78 l (92%)	64%	75%

Tabla 1. Relación de pruebas funcionales respiratorias realizadas durante el seguimiento clínico en consulta de Neumología.

Notas Clínicas

permanece con buen estado general, sin incidencias neumológicas y asintomático desde el punto de vista respiratorio, excepto la presencia de tos intermitente.

Se realiza un TAC en enero de 2020 solicitado por el servicio de Oncología, sin evidencia de recidiva ni metástasis, con enfisema tipo mixto en lóbulos superiores. Fibroatelectasias en ambos lóbulos inferiores y placas pleurales calcificadas bilaterales, más numerosas en bases. No existe derrame pleural.

Mediastino con estructuras vasculares de calibre normal. No se identifican adenopatías mediastínicas ni axilares.

Las nuevas tomografías en mayo de 2020 y febrero de 2021 no evidencian cambios significativos, 10 años después.

DISCUSIÓN

Las atelectasias redondas son una forma inusual de colapso pulmonar que por su presentación radiológica pueden confundirse fácilmente con patología más grave como el carcinoma broncogénico. Este tipo de hallazgos fueron descritos a principios del siglo XX, pero aún hoy su patogenia no está clara.

Etiológicamente, la causa más frecuente de desarrollo de atelectasias redondas es la exposición a asbestos¹. Otras exposiciones a minerales como polvo de sílice o materiales similares también pueden ser responsables de la lesión.

Patogénicamente se trata de un foco de pulmón colapsado rodeado parcialmente de pleura engrosada. Existen varias teorías que explican la formación de este fenómeno². La mayoría de los casos se trata de pleura visceral fibrótica, engrosada e invaginada, que se contrae y da lugar a colapso alveolar.

Existe una explicación alternativa en relación con un eventual derrame pleural, que provocaría adhesión entre las hojas pleurales y con la cisura pulmonar. Al desaparecer dicho derrame, la zona central del pulmón se expande, dando lugar a adherencias periféricas que condicionan el aspecto enrollado. El derrame pleural que da lugar a la atelectasia puede ser

de cualquier naturaleza, por lo que de ello se sobreentiende que la patogenia está más relacionada con la inflamación pleural que con el agente que la ocasiona.

Clínicamente suele ser asintomático, en ocasiones con una disociación clínico-radiológica muy llamativa. Los síntomas más frecuentes son dolor torácico, disnea o tos. Si el fenómeno se relaciona con el asbesto, tiende a presentar clínica con mayor frecuencia³.

A nivel funcional, como se refleja además en el caso que aportamos, no suele suponer alteraciones significativas ni déficits importantes, excepto si se acompaña de engrosamientos pleurales difusos importantes o de otras secuelas parenquimatosas^{3,4}.

A pesar de su aspecto, existen criterios radiológicos que permiten su discernimiento². Una masa redondeada, más densa en periferia, no completamente rodeada de parénquima que forma un ángulo agudo con la pleura y presenta un centro borroso. Habitualmente puede presentar broncograma aéreo en la zona central. Uno de los signos más útiles es el signo de la cola de cometa.

Que existan adenopatías no es característico de esta entidad y debe sugerirnos la presencia de un proceso maligno. De igual forma, el PET-TC no debe demostrar zonas metabólicamente activas.

Cuando los hallazgos son característicos como los descritos, no es necesario un estudio pormenorizado, pero dado el caso, estaría indicada la realización de PET-TC, Resonancia Magnética, seguimiento por pruebas de imagen en el tiempo o incluso resección de las lesiones para su estudio histopatológico.

El seguimiento estrecho de estos hallazgos radica en lo similar a los tumores mesoteliales en su presentación y en la relación entre la exposición a asbesto y la aparición de procesos neoplásicos. Aunque la atelectasia redonda sea un proceso benigno, implica una exposición intensa y una retención tisular importante del mineral⁴, por lo que, aunque esta entidad no es pre-neoplásica, la coexistencia de asbesto en el tejido sí que lo es.

Notas Clínicas

BIBLIOGRAFÍA

1. Stathopoulos GT, Karamessini MT, Sotiriadi AE, Pastromas VG. Rounded atelectasis of the lung. *Respir Med.* 2005;99(5):615–23.
2. Lee JS, Caras WE, Stern EJ. Rounded Atelectasis. *Clin Pulm Med.* 2001;8(4):255–6.
3. Hillerdal G. Rounded atelectasis. Clinical experience with 74 patients. *Chest [Internet].* 1989;95(4):836–41. Available from: <http://dx.doi.org/10.1378/chest.95.4.836>
4. Kee ST, Gamsu G, Blanc P. Causes of pulmonary impairment in asbestos-exposed individuals with diffuse pleural thickening. *Am J Respir Crit Care Med.* 1996;154(3 1):789–93.