

NÓDULO PULMONAR SOLITARIO



Edgar Ronaldo Barragán Contreras
Dayana Marcela Ardila García



Nódulo pulmonar solitario

se define como la presencia de una sombra radiográfica de no más de 3 cm en su diámetro mayor, siendo la lesión bien definida necesariamente, rodeada de parénquima pulmonar sano, sin atelectasias o derrame pleural asociado.

Epidemiología:

Incidencia de los nódulos detectados mediante TC es extremadamente elevada, del orden de 1,6 millones cada año: USA



Etiología

- tumor → primario, metastásico
- infección
- inflamación
- anomalías congénitas o vasculares.

La mayoría de los nódulos son benignos (granuloma o ganglios linfáticos intrapulmonares), y la proporción de los nódulos malignos depende de la población estudiada

Factores de riesgo (malignidad)

Edad:

- <35: muy raro
- 40: raro
- >40: pico a los 60.

- Sexo: relación igual

Antecedente familiar

- Tabaquismo: FR más importante (>30 paquetes año)
- Haber dejado de fumar hace menos de 15 años

Riesgos de Malignidad

BAJO	MEDIO	ALTO
No fumador Menor de 40 años Sin antecedentes F o P de CA Bordes lisos Lóbulos inferiores o medio	Características de ambos grupos	Fumador 30 paq año Mayor 60 años Antecedentes de CA Bordes espiculados Lóbulo superior

Factores dominantes: tamaño y morfología del nódulo

- Bajo → <5% Ca.
- Intermedio (riesgo 5% -65%)
- Alto (riesgo del 65%)

Características: Tamaño

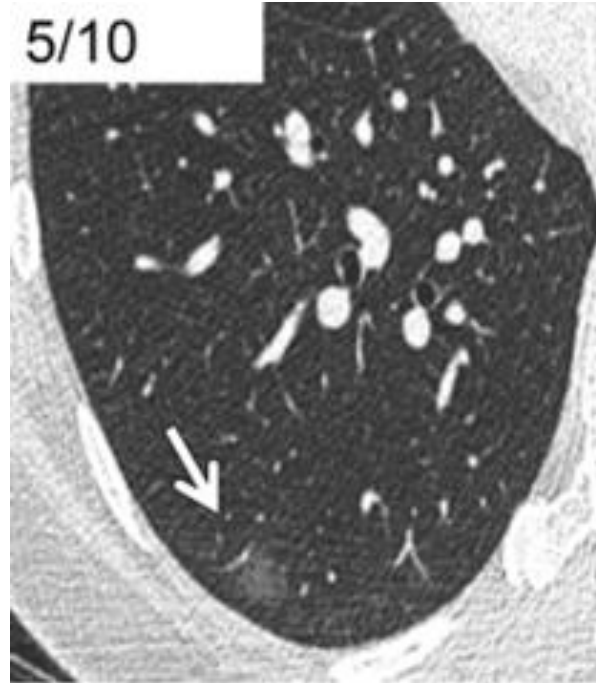
La TC torácica volumétrica a baja dosis de radiación es la prueba de referencia para la detección de los nódulos pulmonares y presenta mayor sensibilidad que la radiografía torácica.

Tamaño → La prevalencia de malignidad aumenta con el tamaño del nódulo. Es prácticamente nula para los nódulos inferiores a 5 mm, y aumenta significativamente por encima de 15 mm

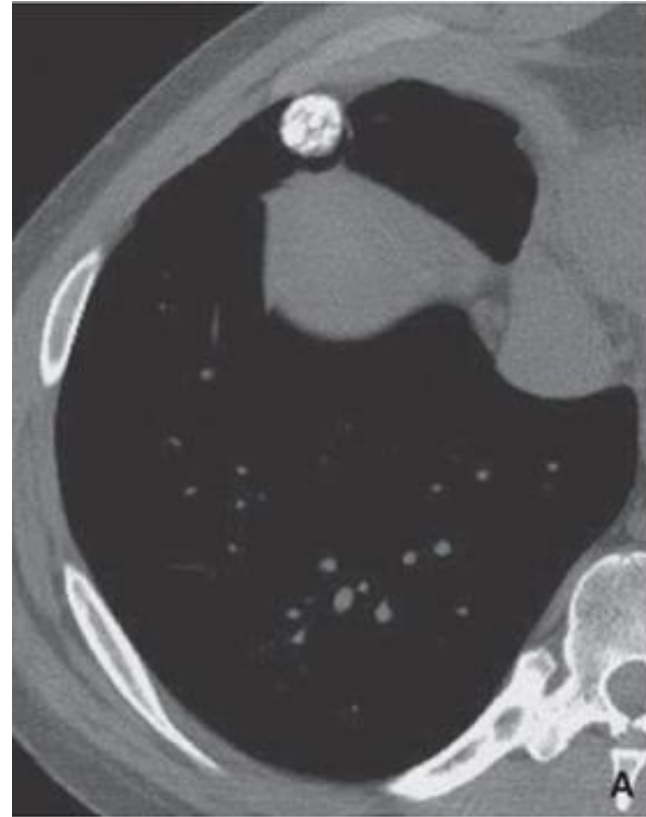
Nódulo/masa	2-5 mm	6-10 mm	11-20 mm	21-45 mm	Total
N	99	46	9	5	159
N cánceres	1	11	3	4	19
% cánceres	1	24	33	80	12

Características: densidad

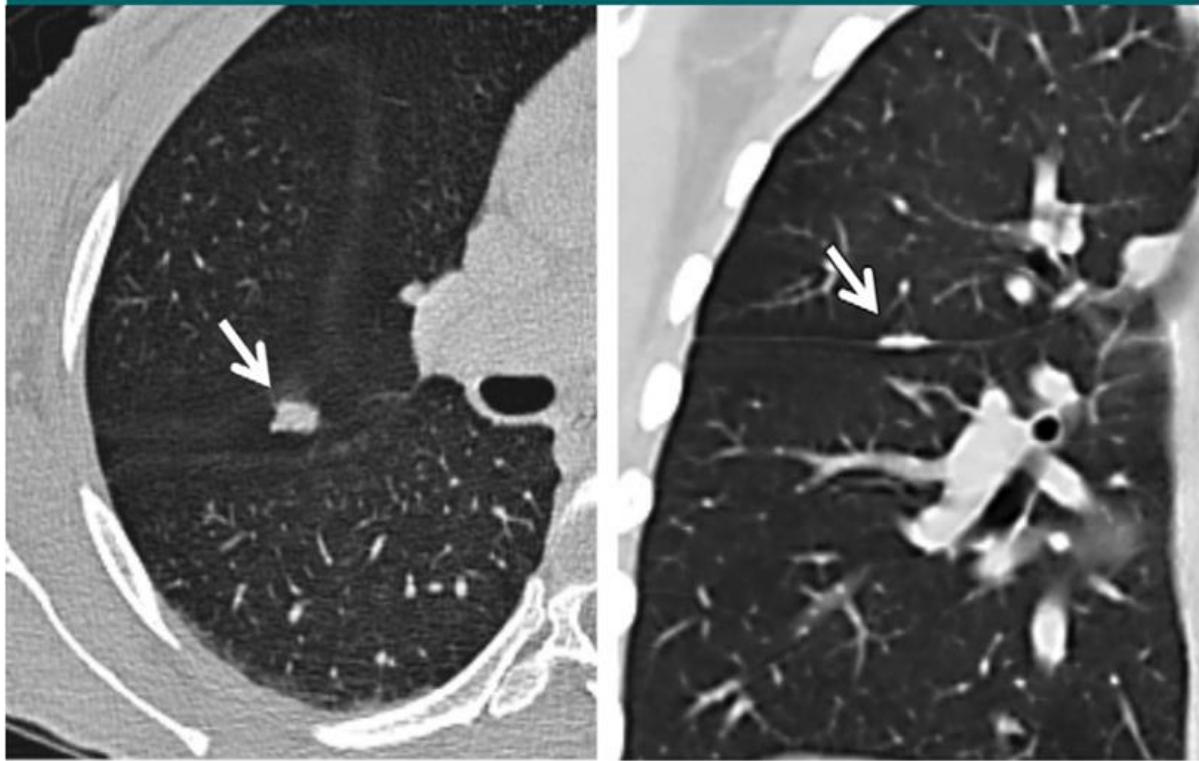
Tres categorías: sólidos, en vidrio esmerilado o mixtos (subsólidos)



Características: densidad



Características: Localización



a.

Figura 4: (a) La sección transversal de TC de 1 mm muestra una opacidad nodular adyacente a la fisura menor (flecha).

b.

(B) La imagen de TC reconstruida coronal muestra que la opacidad es una cicatriz lineal benigna o tejido linfoide (flecha).

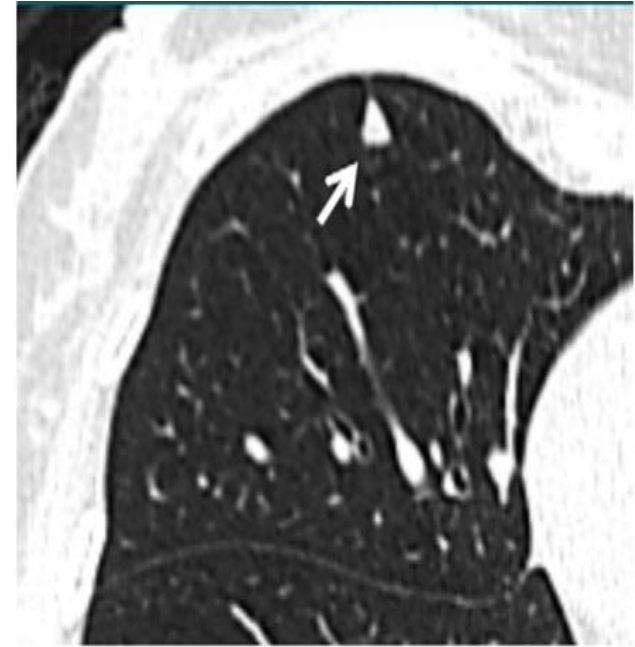
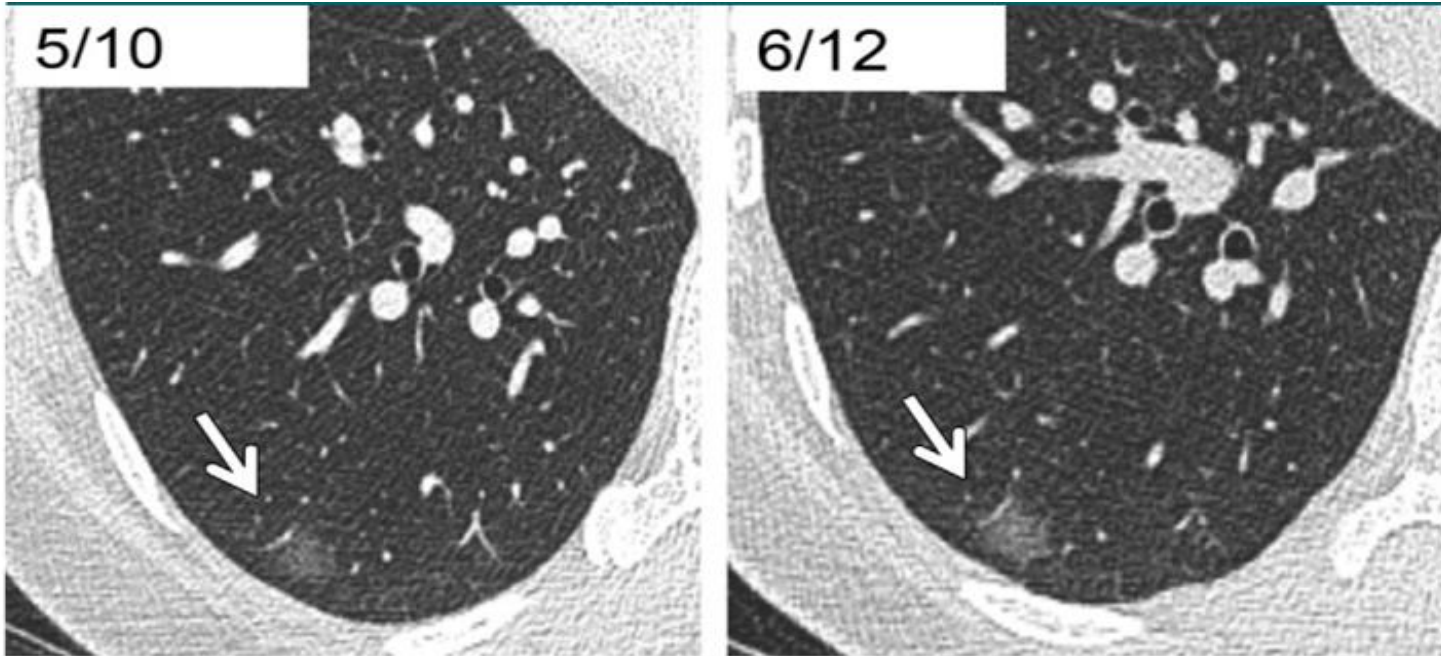


Figura 5: La imagen de TC muestra un nódulo subpleural triangular sólido (flecha) con una extensión lineal a la superficie pleural, típico de un ganglio linfático intrapulmonar. No se recomienda ningún seguimiento por TC para tales hallazgos.

- Multiplicidad
- Tiempo de duplicación



a.

b.

Figura 9: Secciones de TC transversales de 1 mm a través del lóbulo inferior derecho. (a) Puede verse un nódulo en vidrio esmerilado de 6 mm bien definido (flecha). (B) Imagen obtenida más de 2 años después a muestra un sutil aumento en el tamaño del nódulo (flecha). Este hallazgo se confirmó al observar la relación ligeramente alterada con las estructuras vasculares adyacentes. Esta progresión sutil solo puede detectarse utilizando secciones contiguas de 1 mm. Los hallazgos son consistentes con adenocarcinoma in situ o adenocarcinoma mínimamente invasivo, y se recomienda un seguimiento anual continuo.

Evolución en el tiempo

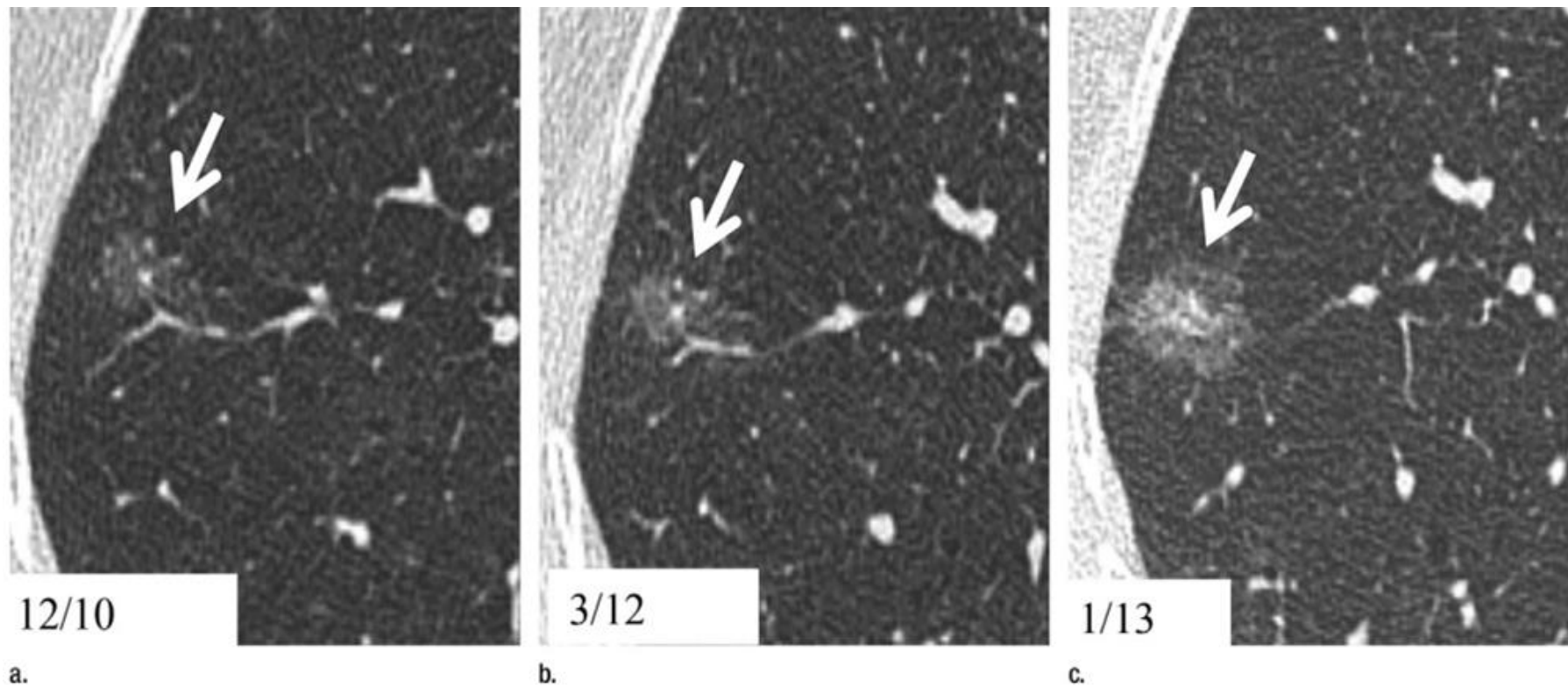
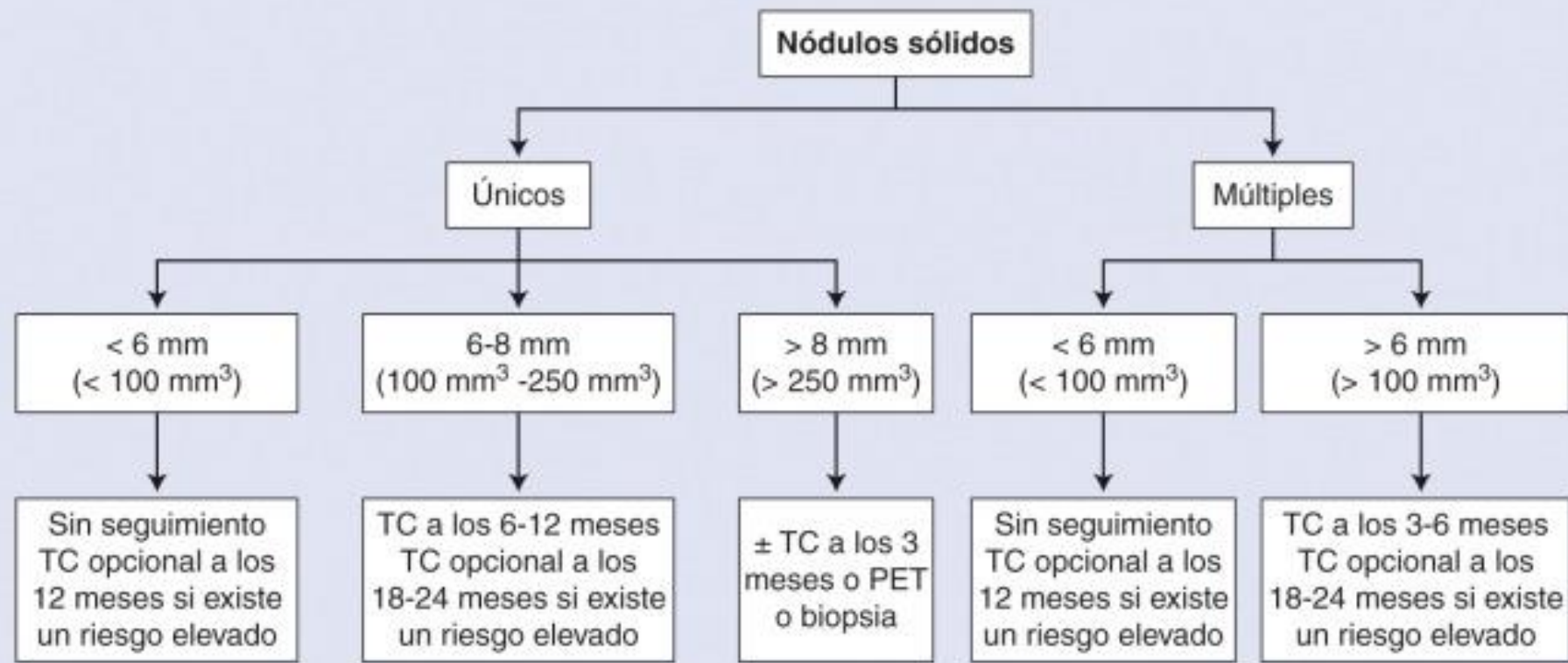


Figura 10: (a) Una imagen de TC transversal de 1 mm a través del pulmón medio derecho muestra un nódulo de vidrio esmerilado puro de 10 mm (flecha). (B) Imagen de TC en la misma ubicación que a los 15 meses de seguimiento muestra solo un aumento muy sutil de la opacidad. (C) Imagen de TC en la misma ubicación que a y B otros 10 meses después B muestra que el nódulo se ha convertido en un nódulo parcialmente sólido más grande. La resección quirúrgica reveló adenocarcinoma de predominio lepidico invasivo en estadio 1A.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

- Angiotomografía computarizada: S(98%) y E(58%)
- Tomografía por emisión de positrones con 18 - fluorodesoxiglucosa: S(90%), E (83,2%), VPP(91,9%) y VPN(89,6%)
- Fibroendoscopia bronquial convencional: Mejor en lesiones proximales y voluminosas
- Punción - biopsia transtorácica: S(84 - 97%) y E(95-100%)
- Toracoscopia videoasistida quirúrgica: Método más invasivo pero más rentable

ENFOQUE DIAGNÓSTICO DEL NÓDULO SOLITARIO



ENFOQUE DIAGNÓSTICO DEL NÓDULO MIXTO

