

## Rol de las pruebas de imagen en las sospechas de tumor de arteria pulmonar



### The role of imaging in suspected pulmonary artery tumors

Sr. Director:

Leímos con gran interés la carta al director de Laguna Sanjuanelo et al.<sup>1</sup>, que comunicaron el caso de una mujer de 68 años de edad con una lesión que ocupaba espacio en la arteria pulmonar (AP) izquierda, y era compatible con un trombo intramural. La paciente recibió tratamiento anticoagulante durante un año, pero se sugirió que podía tratarse de un tumor porque los estudios radiológicos de seguimiento mostraban progresión de la lesión intraarterial. El diagnóstico final fue una metástasis de un cáncer de pulmón microcítico.

Los autores comentaban la dificultad que supone determinar la naturaleza de este tipo de lesiones. Queremos subrayar la importancia de las técnicas de imagen en el diagnóstico diferencial del tumor maligno de la AP y el tromboembolismo pulmonar. Los pacientes portadores de tumores de AP suelen presentar disnea, tos, hemoptisis y/o dolor torácico. Debido a la similitud entre estos síntomas y los del embolismo pulmonar, algunos pacientes reciben tratamiento inicial con anticoagulantes<sup>2</sup>.

En ausencia de factores de riesgo de embolismo pulmonar, como una trombosis venosa profunda, y si el paciente no responde al tratamiento anticoagulante, la presencia de un tumor de AP se debe descartar clínicamente. Otras características, como una rápida evolución de los síntomas y pérdida de peso, fiebre, anemia y elevación de la velocidad de sedimentación globular, pueden ser pistas sutiles que faciliten el diagnóstico<sup>2-4</sup>.

La tomografía axial computarizada (TAC) y la resonancia magnética (RM) se consideran las pruebas complementarias más útiles para diferenciar una tumoración de un trombo<sup>2,3</sup>. En ambas enfermedades, la TAC con contraste muestra defectos de llenado intraluminal poco atenuados, y la diferenciación radiológica entre un tumor de AP y un tromboembolismo puede ser difícil<sup>4</sup>. Los hallazgos indicativos de tumor de AP en la TAC (fig. 1) son los defectos de llenado hipodensos con atenuación no homogénea que ocupan la totalidad de la luz de la arteria acompañados de un incremento del diámetro del vaso; presencia de tejido blando circundante que ocupa toda la luz de la AP; distensión vascular debida al crecimiento del tumor; AP periféricas de aspecto arrosariado; extensión extravascular del trombo; y captación variable y retardada del contraste en la angiografía por TAC<sup>2,4</sup>.

La RM contrastada con gadolinio también podría ser útil para distinguir un tumor de un trombo<sup>5</sup>. Los criterios que sugieren la presencia de un tumor de AP son similares a los de la TAC: densidad de tejido blando en la AP con atenuación de cualquier grado y no homogénea (hemorragia, necrosis), distensión vascular y captación heterogénea tras la administración de gadolinio, indicativa de neovascularización<sup>2,3</sup>.

El diagnóstico precoz y la resección quirúrgica radical constituyen la única posibilidad de curación<sup>3</sup>. Un diagnóstico preoperatorio



**Figura 1.** Tomografía axial computarizada con contraste de una mujer de 35 años de edad que presentaba disnea, dolor torácico y hemoptisis de varios meses de evolución. Un defecto de llenado extenso, irregular y con atenuación no homogénea ocupa la arteria pulmonar principal derecha y se extiende hacia sus ramas, que muestran aumento de sus diámetros (puntas de las flechas). Obsérvese también el aspecto arrosariado de una arteria periférica (flechas).

preciso permite poder seleccionar el mejor abordaje quirúrgico y valorar el tiempo necesario para obtener una prótesis o un aloinjerto, cuya disponibilidad no siempre es inmediata<sup>5</sup>. En presencia de una imagen radiológica sospechosa, la biopsia guiada por TAC puede ofrecer un diagnóstico preoperatorio correcto<sup>5</sup>.

### Bibliografía

- Laguna Sanjuanelo S, Zabaleta J, Aguinalgalde B. Intraluminal lesion of the pulmonary artery: A diagnostic challenge [Article in English, Spanish]. Arch Bronconeumol. 2015;51:253-4.
- Blackmon SH, Rice DC, Correa AM, Mehran R, Putnam JB, Smythe WR, et al. Management of primary pulmonary artery sarcomas. Ann Thorac Surg. 2009;87:977-84.
- Hu XP, Xu JP, Liu NN. Primary pulmonary artery sarcoma: Surgical management and differential diagnosis with pulmonary embolism and pulmonary valve stenosis. J Card Surg. 2009;24:613-6.
- El-Sayed Ahmed MM, Aftab M, Al-Najjar RM, de la Cruz KI, Benjamin RS, Hallman CH. Pulmonary artery sarcoma mimicking pulmonary embolism. Tex Heart Inst J. 2014;41:515-7.
- Velebit V, Christenson JT, Simonet F, Maurice J, Schmuziger M, Hauser H, et al. Preoperative diagnosis of a pulmonary artery sarcoma. Thorax. 1995;50:1014-5.

Edson Marchiori\*, Gláucia Zanetti y Bruno Hochhegger

Servicio de Radiología, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [edmarchiori@gmail.com](mailto:edmarchiori@gmail.com) (E. Marchiori).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2015.05.013>