

Líquido en la cisura mayor

1 Diego Alberto Herrera Jaramillo MD., 2 Héctor Ortega Jaramillo MD.

RESUMEN

Introducción. Presentamos el caso de un paciente con derrame pleural extendiéndose en la cisura mayor izquierda. En la proyección PA de tórax pudimos observar una de las apariencias radiográficas complejas que toma la reconfiguración de líquido en esta localización, siendo esta apariencia dependiente de la posición del paciente. También se discuten algunos puntos sobre la anatomía de las cisuras mayores y algunas de sus características radiográficas.

Palabras clave. Palabras Clave: Derrame pleural, cisura mayor.

SUMMARY

Introduction. We present the case of a patient with spill pleural extending in the left major incision. In the chest thorax PA, we could observe one of the complex radiographic appearances that takes the reconfiguration of fluid in this localization, being this appearance dependent of the patient's position. Some points are also discussed on the anatomy of the major incisions and some of their radiographic characteristics.

Key Words : Spill pleural, major incision.

El caso que presentamos es de un paciente de 23 años con antecedentes de politraumatismo y drenaje de colección subdiafragmática izquierda. En la radiografía de tórax (Figura 1) al lado izquierdo, llama la atención imagen radiopaca con borde muy bien definido, siendo posible visualizar más allá de sus límites, trama vascular.

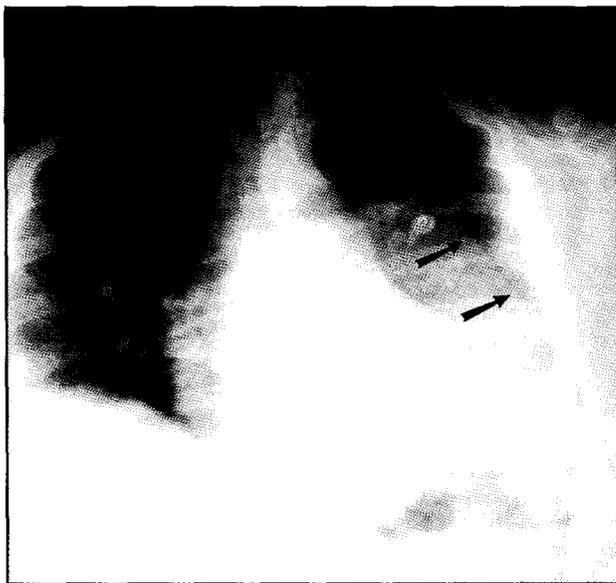


Figura 1. Líquido en la cisura mayor izquierda. Opacidad con borde bien definido (Flechas), visualizándose trama vascular más allá de sus límites.

En una radiografía tomada posteriormente (Figura 2), después que el paciente había caminado y cambiado de posición, la imagen con el borde bien definido había desaparecido, visualizándose a ese lado únicamente derrame pleural, sin tomar éste ninguna configuración especial.



Figura 2. Reconfiguración del líquido. Radiografía tomada posteriormente, donde el derrame pleural izquierdo adopta una distribución normal.

1 Residente Radiología. Universidad de Antioquia.

2 Neumólogo. Profesor Asistente, Jefe Sección Neumología, Universidad de Antioquia.

Correspondencia: diegoherrera@hotmail.com

Por la localización anatómica, la delimitación precisa y el cambio en la radiografía posterior, se considera que la imagen es compatible con líquido contenido en la cisura mayor.

DISCUSIÓN

Las cisuras mayores, también conocidas como cisuras oblicuas están conformadas por capas dobles de invaginación de la pleural visceral. Estas cisuras separan los lóbulos inferiores del lóbulo superior al lado izquierdo y del medio y superior al lado derecho.

Ambas cisuras miran hacia adelante inicialmente, se dirigen oblicuamente a nivel de la quinta costilla, y adoptan una forma ondulante (Figura 3), parecida a una hélice (1). Sin embargo, hay que tener en cuenta que puede haber variaciones en la apariencia de las cisuras mayores, especialmente al lado derecho.

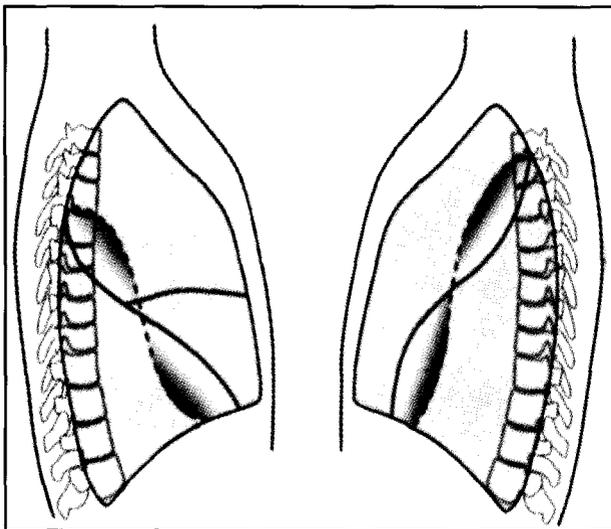


Figura 3. Configuración anatómica de las cisuras mayores en forma de hélice (Tomado de la referencia 1 con autorización).

Las cisuras mayores no están orientadas tangencialmente al haz de rayos X, por lo tanto, no se visualizan normalmente en la proyección posteroanterior, y sólo se observan en una longitud variable en la lateral. Sin embargo a veces puede visualizarse alguna porción de la cisura, cuando se hace tangencial al rayo. En tales casos, las cisuras mayores se pueden observar como líneas delgadas con densidad de tejidos blandos (2).

Adicionalmente, la cisura mayor también se puede hacer visible, cuando contiene líquido (Figura 4), grasa, aire, tumor, o cuando la pleura está engrosa-

da. También se puede ver como una interfaz, cuando está limitada por enfermedad en el parénquima pulmonar (3).



Figura 4. Proyección frontal de espécimen de autopsia con bario aplicado a las cisuras mayores. Se ven claramente las líneas curvas (Flechas) que demarcan la parte más interna de las cisuras (Tomado de la referencia 4 con autorización de la RSNA).

El derrame pleural puede extenderse dentro de la cisura mayor, y darle una apariencia característica. Cuando un derrame pleural se distribuye en la cisura mayor izquierda y es lo suficientemente grande, pueden detectarse sus márgenes más allá del borde de la silueta cardíaca (4). El líquido puede localizarse (Figura 5) dentro de las cisuras (5), especialmente en la falla cardíaca, y manifestarse como tumores fantasma (seudo tumores).

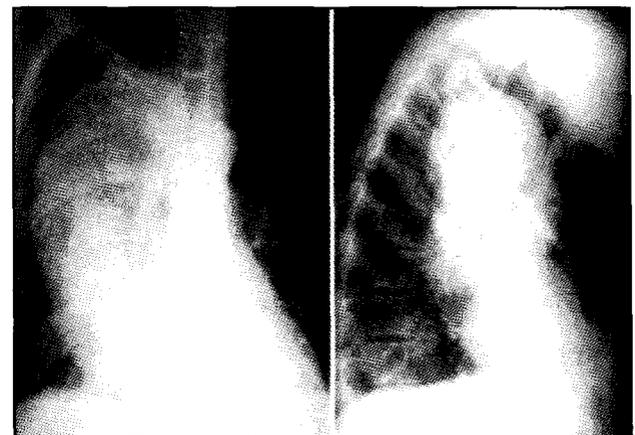


Figura 5. Líquido encapsulado en la cisura mayor de etiología inflamatoria. En la proyección frontal el líquido interlobar tiene una configuración reniforme y en la lateral muestra un borde lobulado.

Una manifestación radiológica característica del derrame pleural intracisural, se observa cuando las cisuras mayores son incompletas medialmente. En este caso, el líquido que se extiende dentro de las cisuras crea una línea cóncava (6). El pulmón que está medial a esta línea tiene una densidad normal y en la periferia se ve una opacidad uniforme. Esto se conoce como el signo de la cisura pulmonar interlobar incompleta (4).

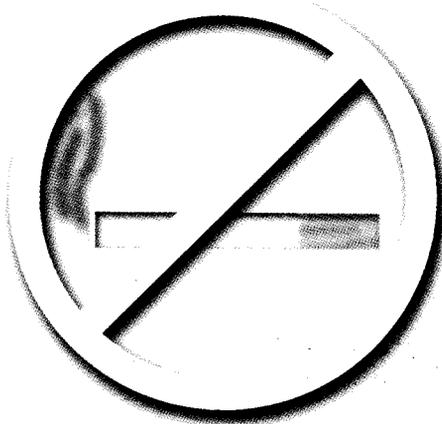
En la cisura mayor también puede ocurrir neumotórax interlobar, dando una apariencia quística o produciendo un nivel hidroaéreo (7), siendo a veces necesaria la TAC para el diagnóstico.

AGRADECIMIENTOS

Al Doctor Kuniaki Hayashi M.D. del Departamento de Radiología de Nagasaki University School of Medicine.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hayashi K, Aziz A, Ashizawa K, Hayashi H, Nagaoki K, Otsuji H. Radiographic appearances of the Major Fissures. *Radiographics* 2001; 21:861-874.
2. Armstrong P, Wilson AG, Dee P, Hansell DM, eds. *Imaging of diseases of the chest*. 2da edición. St Louis: Mosby-Year Book; 1995: 641-716.
3. Fisher MS. Significance of a visible major fissure on the frontal chest radiograph. *AJR Am J Roentgenol* 1981; 137:577-580.
4. Signs in imaging: Incomplete pulmonary interlobar fissure sign. *Radiology* 1978; 128:21-25.
5. Felson B. *Radiología torácica*. Segunda edición. Barcelona: Editorial Científico-médica; 1978.
6. Fraser RS, Müller NL, Colman N, Paré PD. *Diagnosis of Diseases of the Chest*. Cuarta Edición. Philadelphia: W.B Saunders Company; 1999:564-565.
7. Watanabe A, Shimokata K, Nomura F, et al. Interlobar pneumothorax. *AJR Am J Roentgenol* 1990; 155: 1135-1136.



¡se puede lograr!