

AMILOIDOSIS PULMONAR: Que tenemos que recordar

Poster No.: S-0194
Congress: SERAM 2012
Type: Presentación Electrónica Educativa
Authors: B. Prieto Hernández¹, D. Agueda del Bas², N. Alegre Borge¹, M. Villanueva Delgado¹, N. D. Menocal Funez¹, E. Gálvez González¹;
¹Salamanca/ES, ²Avila/ES
Keywords: Pulmón, Sistema respiratorio, Tórax, TC, , Procedimiento diagnóstico, Percepción, Patología
DOI: 10.1594/seram2012/S-0194

Any information contained in this pdf file is automatically generated from digital material submitted to EPOS by third parties in the form of scientific presentations. References to any names, marks, products, or services of third parties or hypertext links to third-party sites or information are provided solely as a convenience to you and do not in any way constitute or imply ECR's endorsement, sponsorship or recommendation of the third party, information, product or service. ECR is not responsible for the content of these pages and does not make any representations regarding the content or accuracy of material in this file.

As per copyright regulations, any unauthorised use of the material or parts thereof as well as commercial reproduction or multiple distribution by any traditional or electronically based reproduction/publication method ist strictly prohibited.

You agree to defend, indemnify, and hold ECR harmless from and against any and all claims, damages, costs, and expenses, including attorneys' fees, arising from or related to your use of these pages.

Please note: Links to movies, ppt slideshows and any other multimedia files are not available in the pdf version of presentations.

www.myESR.org

Objetivo docente

Resumir de manera sencilla los tipos de amiloidosis pulmonar dependiendo del tipo de amiloide y la afectación pulmonar única o sistémica.

Revisión del tema

TIPOS DE AMILOIDE:

- **AL(cadena ligera de amiloide): amiloidosis primaria.** Las cadenas ligeras se generan en las células plasmáticas, se considera que es una discrasia de células plasmáticas con una ganmapatia monoclonal. Se ve asociada a MM y macroglobulinemia.
- **AA (amiloide A): amiloidosis sistémica o secundaeria.** El amiloide A es un reactante de fase aguda que se produce en las enfermedades inflamatorias e infecciosas.
- **ATTR (amiloide de transtiretina):** La transtiretina es una proteina plasmática que actua de vehiculo de la tirosina. Puede mutar y alterar su estructura.
- **A#2M:** Este componente no se elimina ni metaboliza en pacientes sometidos a hemodialisis crónica.
- **Hormonas polipentídicas.** algunas de ellas pueden producir amiloide.

TIPOS DE AMILOIDOSIS:

1- AMILOIDOSIS SISTÉMICA:

- **Amiloidosis AL:** Tiene dos subtipos: asociado a mieloma múltiple (fig1) y a ganmapatia monoclonal. La amiloidosis ligada a mieloma es peor. El amiloide afecta a tejidos mesenquimatosos, y en menor medida al bazo, hígado y riñón. Puede haber afectación pulmonar primaria o secundaria a afectación cardiaca.
- **Amiloidosis AA:** La causa mas frecuente es la artritis reumatoide. Los organos que se afectan en mayor medida son riñones, hígado, bazo y suprarrenales. La afectación pulmonar es difusa y no tiene representación radiológica.
- **Hallazgos radiológicos:** afectación micronodular, reticulonodular o lineal difusa, de manera bilateral y difusa. Con el tiempo los nódulos puedes conglomerar o calcificar. Los **nódulos** miden entre 2 a 4mm. Las **opacidades lineales** son basales y periféricas, tambien pueden calcificar. Tambien puede verse opacidades en vidrio deslustrado, panalización y bronquiectasias de tracción. **Derrame pleural** es frecuente, secundaria

a la afectación cardiaca. Aumento de tamaño de los **ganglios** linfáticos mediastínicos e hiliares. (Fig.1 y Fig.2)

2- AMILOIDOSIS LOCALIZADA:

- **Amiloidosis traqueobronquial:** depositos focales o difusos de AL. **Síntomas:** disnea, hemoptisis, estridor y ronquera. **Hallazgos radiológicos:** La afectación difusa produce estenosis concentricas o excentricas y nódulos murales, pudiendo calcificar, pero respeta la membrana posterior. La afectación focal produce masas endoluminales.
- **Amiloidosis nodular parenquimatosa:** (Fig. 3 y Fig.4) Los nódulos pueden ser únicos o multiples, tienden a ser periféricos o subpleurales. Están bien definidos y son redondeados. Si el borde es irregular es por la afectación vascular y de los tabiques adyacentes. Los nódulos miden de 0,5 a 5 cm. Pueden calcificar. Los nódulos pueden confluir simulando consolidaciones.
- **Enfermedad septal alveolar parenquimatosa:** depósito de amiloide en los tabiques alveolares. Es mas sintomático que en la afectación sistémica, y puede causar la muerte. **Hallazgos radiológicos:** opacidades lineales o reticulonodulares finas que pueden confluir. En el TC se ve un patrón reticular, engrosamiento septal y nódulos pequeños.

Images for this section:

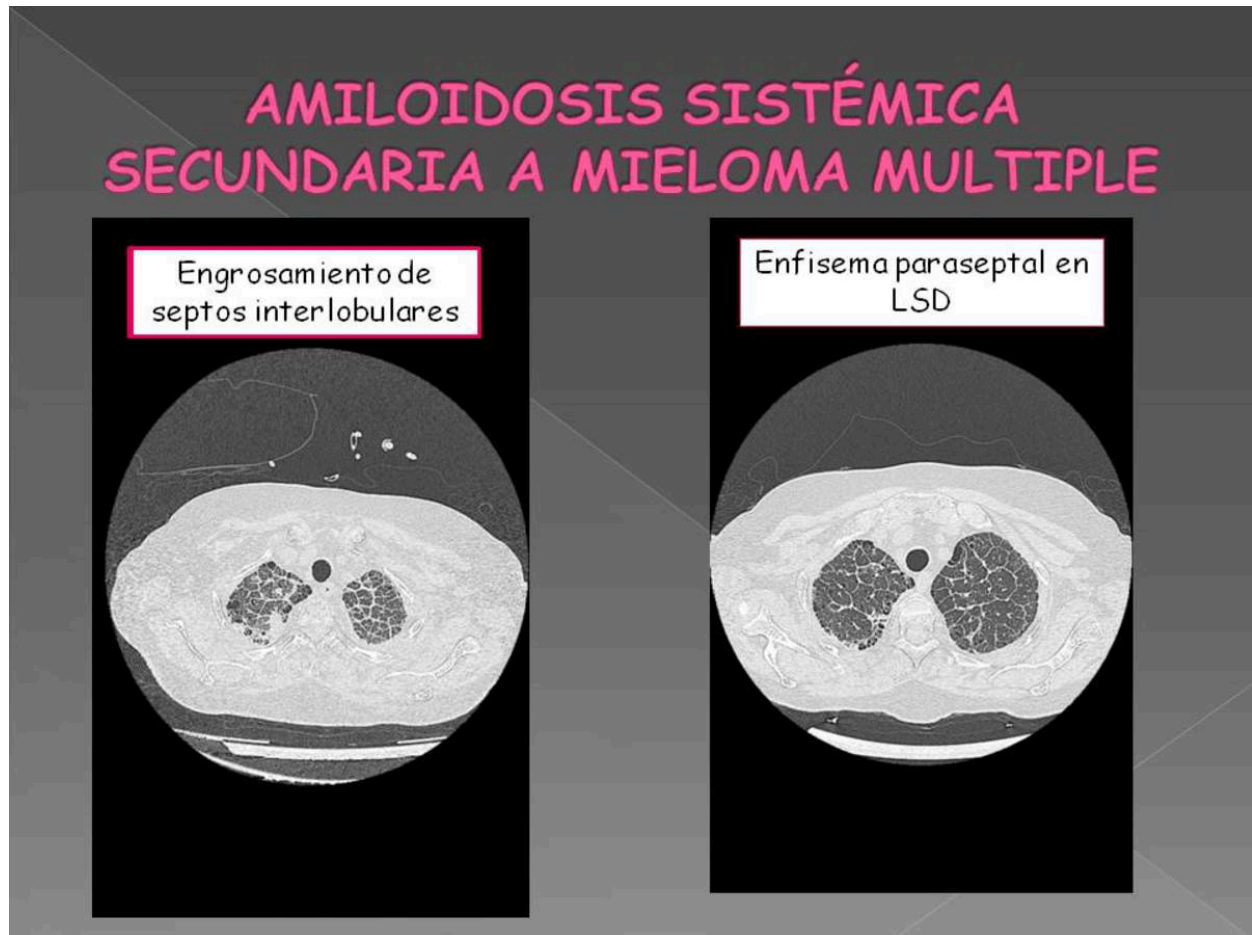


Fig. 1

© RADIODIAGNOSTICO, RESIDENTE - Salamanca/ES

AMILOIDOSIS SISTÉMICA SECUNDARIA A MIELOMA MULTIPLE

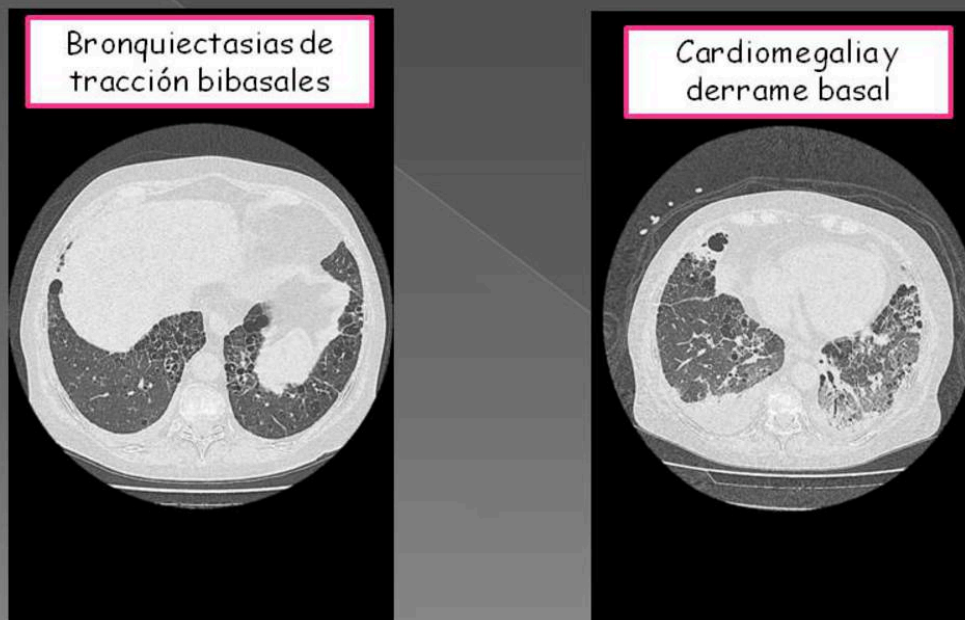


Fig. 2

© RADIODIAGNOSTICO, RESIDENTE - Salamanca/ES

AMILOIDOSIS LOCALIZADA

AMILOIDOSIS NODULAR PARENQUIMATOSA:

- Múltiples imágenes nodulares
- Entre 0,5 y 5cm



Fig. 3

© RADIODIAGNOSTICO, RESIDENTE - Salamanca/ES

AMILOIDOSIS LOCALIZADA

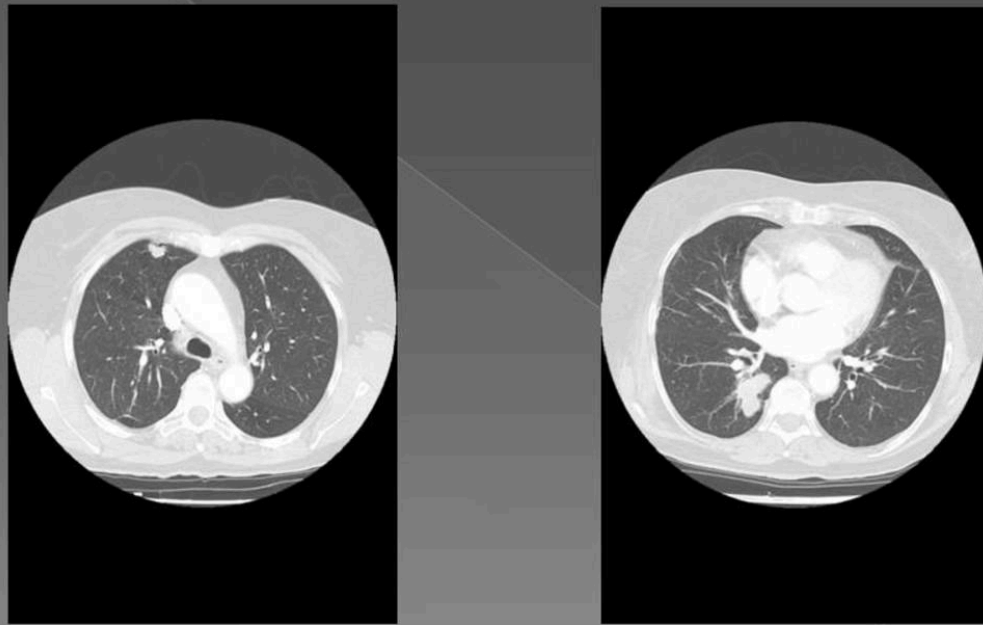


Fig. 4

© RADIODIAGNOSTICO, RESIDENTE - Salamanca/ES

Conclusiones

La amiloidosis sistémica puede afectar al pulmón aunque en el caso de la AA, no tendrá apenas repercusión radiológica. Los patrones radiológicos mas frecuentes son el micronodular, el reticulonodular y el lineal difuso. Es frecuente ver adenopatias mediastínicas y el derrame pleural es común, debido a la afectación miocárdica.

La amiloidosis localizada puede afectar al arbol traqueobronquial, o al parenquima pulmonar. La afectación parenquimatosa se trata de nodulos subpleurales periféricos de entre 0,5 a 5cm.