



Radiología



ENFERMEDAD DE LA PEQUEÑA VÍA AÉREA (NIVEL II)

M. Benegas Urteaga

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.

Resumen

Objetivos docentes: Conocer la clasificación de las bronquiolitis con correlación radio-patológica. Proporcionar un enfoque diagnóstico fácil y esquemático, basado en los hallazgos de la TCAR y la información clínica relevante. Explicar el papel de las técnicas de post-proceso: MIP, MinIP y análisis densitométrico.

Discusión: La inflamación de la pequeña vía aérea, denominada genéricamente bronquiolitis, incluye un amplio espectro de condiciones de diversa etiología con un denominador común que es la inflamación bronquiolar. Conocer la anatomía del lobulillo pulmonar secundario es esencial para poder correlacionar los hallazgos en la TCAR como en la anatomía patológica. Los bronquiólos que se sitúan en el centro del lobulillo son visibles en la TCAR cuando son patológicos por lo que la misma juega un papel fundamental en el diagnóstico de la enfermedad de la pequeña vía aérea. La clasificación histológica de las bronquiolitis en bronquiolitis celular y constrictiva sigue siendo la más utilizada, existiendo una estrecha correlación con los signos radiológicos directos e indirectos de bronquiolitis. Los signos directos incluyen los nódulos centrolobulillares y reflejan una bronquiolitis celular o inflamatoria. Los signos indirectos incluyen el patrón de atenuación en mosaico y el atrapamiento aéreo en espiración, traduciendo una bronquiolitis constrictiva. El reconocimiento del patrón de TCAR asociado a la información clínica permiten realizar una orientación diagnóstica. La causa más frecuente de bronquiolitis en la práctica diaria es la infecciosa, si bien existen múltiples otras etiologías. Por otra parte, es importante tener presente posibles diagnósticos diferenciales que imitan las características radiológicas de las bronquiolitis como nódulos centrolobulillares de origen vascular y patrones de atenuación en mosaico secundarios a vidrio deslustrado o a patología vascular pulmonar. El informe radiológico no debe ser sólo descriptivo sino debe intentar orientar al diagnóstico para ayudar a los médicos solicitantes en la decisión terapéutica y/o realización de pruebas adicionales.

Referencias bibliográficas

1. Pipavath SJ, Lynch DA, Cool C, Brown KK, Newell JD. Radiologic and pathologic features of bronchiolitis. *AJR Am J Roentgenol.* 2005;185(2):354-63.
2. Abbott GF, Rosado-de-Christenson ML, Rossi SE, Suster S. Imaging of small airways disease. *J Thorac Imaging.* 2009;24(4):285-98.
3. Kligerman SJ, Henry T, Lin CT, Franks TJ, Galvin JR. Mosaic attenuation: etiology, methods of differentiation, and pitfalls. *RadioGraphics.* 2015;35(5):1360-80.
4. Berniker AV, Henry TS. Imaging of Small Airways Diseases. *Radiol Clin North Am.*

2016;54(6):1165-81.

5. Winningham PJ, Martínez-Jiménez S, Rosado-de-Christenson ML, Betancourt SL, Restrepo CS, Eraso A. Bronchiolitis: A Practical Approach for the General Radiologist. *Radiographics*. 2017;37(3):777-94.