

Signo del menisco pulmonar

Pulmonary meniscus sign

Sandy K. Flórez*, Nebil Larrañaga

Departamento de Diagnóstico por imágenes, Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC), Hospital Universitario Sede Saavedra, Buenos Aires, Argentina

El signo del menisco pulmonar también se ha descrito como el signo del aire creciente o el signo de media luna. Corresponde a una colección de aire en forma de luna creciente que se visualiza en la radiografía y en la tomografía de tórax como una radiolucencia dentro de un área de consolidación o un nódulo; puede variar de forma, de media luna hasta encapsular totalmente la lesión (Fig. 1). Este signo radiológico, que no es patognomónico de aspergilosis, fue descrito en el año 1975 inicialmente por Bard y Hassani, quienes explicaron en un hematoma pulmonar el signo de la media luna, y en 1979 Curtis describió este signo como una forma invasiva de aspergilosis¹.

Aspergillus es un hongo filamentosos conformado por cadenas celulares llamadas hifas. Fisiopatológicamente, estas alteran las paredes de los vasos sanguíneos a través de las arterias bronquiales generando oclusión de la luz vascular, lo que lleva a la necrosis y cavitación. Esto se refleja radiológicamente como un área de vidrio esmerilado, consolidación y/o nódulos peribronquiales. En su evolución el centro infartado se retrae y se reabsorbe, resultado de la reacción neutrofílica, dejando un área de tejido desvitalizado que se desprende del resto de la consolidación². El aire que se encuentra entre el tejido desvitalizado y el parénquima consolidado que lo rodea tiene forma de media luna o del aire creciente (Fig. 2). Este signo es tardío, coincide con una recuperación progresiva de la infección y

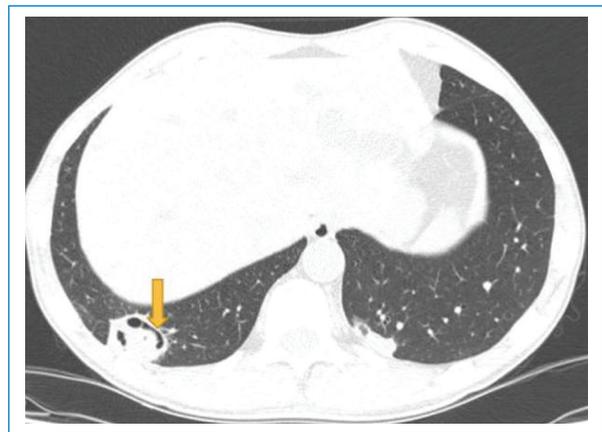


Figura 1. Tomografía computada con ventana pulmonar plano axial, opacidad nodular subpleural en el segmento basal posterior del LID que presenta cavitaciones tubulares y periféricas (flecha).

depende de la función leucocitaria, por lo cual generalmente se observa en pacientes inmunocomprometidos, que en general inician clínicamente con cuadro de hemoptisis³.

Su diagnóstico es radiológico. Se observa en el 50% de los pacientes con aspergilosis. Otras de las causas menos frecuentes son tuberculosis pulmonar, aneurisma de Rasmussen, absceso pulmonar, cáncer de pulmón, hematoma pulmonar y neumonía por *Pneumocystis*⁴. Como diagnóstico diferencial podemos

*Correspondencia:

Sandy K. Flórez
E-mail: sandyflorez1121@gmail.com

Fecha de recepción: 20-07-2023

Fecha de aceptación: 14-04-2024

DOI: 10.24875/RAR.23000048

Disponible en internet: 25-09-2024
Rev Argent Radiol. 2024;88(4):189-190

www.revistarar.com

1852-9992 / © 2024 Sociedad Argentina de Radiología (SAR) y Federación Argentina de Asociaciones de Radiología, Diagnóstico por Imágenes y Terapia Radiante (FAARDIT). Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

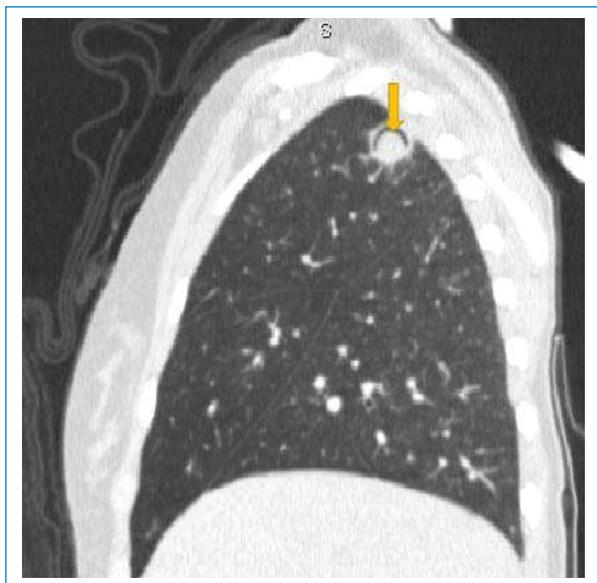


Figura 2. Tomografía computada con ventana pulmonar reconstrucción coronal. Se observa una cavidad redondeada en el lóbulo superior derecho apical, con un nódulo de tejido blando no dependiente; en su interior hay una sutil opacidad de vidrio esmerilado que rodea la lesión (flecha).

mencionar el signo de Monod, que consiste en la presencia de aire alrededor de una masa dentro de una cavidad pulmonar preexistente; pero este se presenta en paciente inmunocompetentes⁵.

En conclusión, el signo del menisco pulmonar es una colección de aire en forma de media luna que corresponde a un proceso degenerativo mediado por una reacción inmunitaria. Su causa más frecuente es la aspergilosis angioinvasiva, que se presenta habitualmente en pacientes inmunocomprometidos, sin bien no es patognomónico de la enfermedad, este signo coincide con buen pronóstico y recuperación progresiva. Su diagnóstico es radiológico, visualizándose como una

radiolucencia en la radiografía y fundamentalmente en la tomografía de tórax.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Uso de inteligencia artificial para generar textos. Los autores declaran que no han utilizado ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

Bibliografía

1. Chiarenza A, Esposito Ultimo L, Falsaperla D, Travali M, Foti PV, Torrisi SE, et al. Chest imaging using signs, symbols, and naturalistic images: a practical guide for radiologists and non-radiologists. *Insights Imaging*. 2019;10(1):114.
2. Abramson S. The air crescent sign. *Radiology*. 2001;218(1):230-2.
3. Mejía Olivares B. Manifestaciones clínicas y radiológicas del derrame pleural en la UMAE No. 34 Monterrey, Nuevo León, México. *Neumol Cir Torax*. 2014;73(1):12-7.
4. Evans AL, Gleeson FV. Radiology in pleural disease: state of the art. *Respirology*. 2004;9(3):300-12.
5. Manzano AC, Gil Torres PR, Celis Preciado CA. Signo del aire creciente. *Rev Colomb Neumol*. 2014;26(3). Disponible en: <https://revistas.asoneumocito.org/index.php/rcneumologia/article/view/49>