

Empiema

Empyema

Aloisa P. Hernández Morales 

Departamento de Imagenología, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, Ciudad de México, México

Radiológicamente un empiema aparece inicialmente como un típico derrame pleural (usualmente unilateral). Conforme alcanza el estadio fibrinopurulento, el empiema adapta una configuración loculada, con una forma lenticular característica y un borde liso que es convexo hacia el pulmón y forma un ángulo obtuso con la pared torácica. Al contrario de lo que ocurre con un absceso pulmonar, el empiema muestra disparidad en la longitud del nivel aire-líquido en la proyección posteroanterior y lateral¹.

En la tomografía computarizada (Fig. 1) las características importantes son el engrosamiento y realce de

la pleura. La presencia de engrosamiento y la presencia de aumento en la atenuación de la grasa extrapleuraral es visible en 8 de 10 pacientes con empiema.

El signo clásico de la «pleura dividida» es un hallazgo importante en el diagnóstico diferencial. Consiste en un engrosamiento liso y contraste de la pleura visceral y parietal que rodean la colección de líquido en el espacio².

En ultrasonido los hallazgos pueden modificarse basados en el estadio. Pueden aparecer inicialmente como anecoicos, en su evolución pueden aparecer septados o ecogénicos.

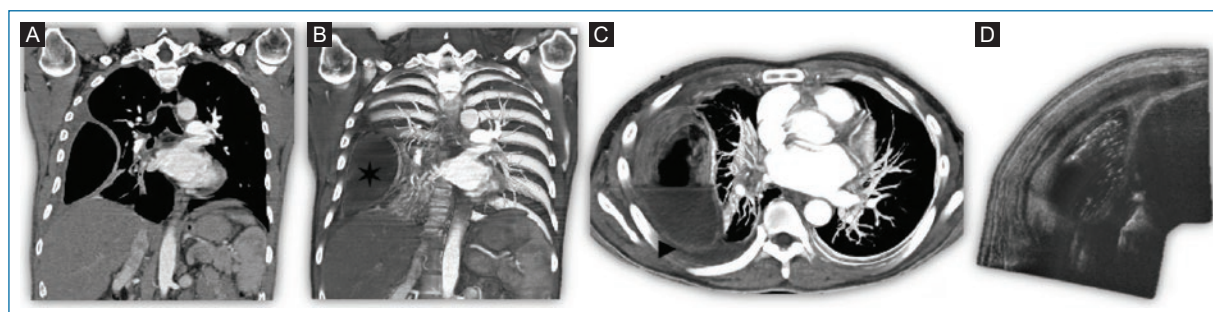


Figura 1. En tomografía computarizada en plano coronal **A:** y máxima intensidad de proyección **B:** el empiema de forma lenticular, convexo hacia el parénquima (*) comprime extrínsecamente el parénquima pulmonar adyacente. **C:** máxima intensidad de proyección axial donde se observa signo de la pleura dividida (►) con realce pleural y edema del tejido graso extrapleuraral. **D:** plano extendido donde se observa el empiema lenticular con imágenes ecogénicas puntiformes en su interior.

Correspondencia:

Aloisa P. Hernández Morales
E-mail: aloisa_hndz@yahoo.com.mx

Recibido: 25-03-2026

Aceptado: 27-03-2026

DOI: 10.24875/NCT.M26000066

Disponible en línea: 30-07-2026

Neumol Cir Torax. 2025;84(4):322-323

www.revistanct.org.mx

2594-1526 / © 2026 Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Financiamiento

La realización del presente trabajo no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses.

Consideraciones 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, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han seguido los protocolos de su institución para acceder a los datos de las historias clínicas. Se ha obtenido el consentimiento informado de los pacientes y se cuenta con la aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial.

Referencias

1. Eisenberg RL. What Radiology Residents Need to Know: Chest Radiology. Cham: Springer International Publishing; 2020.
2. Desai S, Devaraj A, Lynch D, Sverzellati N, Elicker B, editores. Webb, Muller and Naidich's High-Resolution CT of the Lung. 6th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2021.