

Enfisema lobar congénito coexistente con pecho excavado. Presentación de un caso clínico radiológico

ARMANDO QUIÑONES ANDRADE*

ROBERTO SOTEO ROBLEDO†

FORTUNATO JUÁREZ HERNÁNDEZ§

ALBERTO FLORES||

FRANCISCO RIVERA¶

ADALBERTO ROMERO IMAICELA**

* Residente, 3er. año de Radiología e Imagen ISSSTE (rotatorio).

† Jefe del Departamento de Imagen, INER Ismael Cosío Villegas.

§ Médico adscrito al Departamento de Imagen, INER Ismael Cosío Villegas.

|| Médico Neumólogo residente de la Especialidad de Radiología de Tórax, INER Ismael Cosío Villegas.

¶ Médico adscrito al Departamento de Medicina Nuclear, INER Ismael Cosío Villegas-

** Médico Neumólogo Pediatra ex residente de la Especialidad de Radiología Torácica, INER Ismael Cosío Villegas.

Trabajo recibido: 30-VIII-2006; aceptado: 08-XI-2006

282

RESUMEN

El enfisema lobar congénito es la hiperinsuflación con atrapamiento de aire de uno o más lóbulos pulmonares histológicamente normales, por un mecanismo valvular; produce compresión del parénquima normal y desplazamiento del mediastino.

Palabras clave: Desplazamiento mediastinal, enfisema lobar congénito, hiperinsuflación, pecho excavado.

Key words: Congenital lobar emphysema, hyperinsufflation, mediastinal shift, pectus excavatum. Se presenta el caso de un niño de 45 días con dificultad respiratoria inespecífica y pectus excavatum. La radiografía de tórax mostró hiperclaridad del pulmón derecho y desplazamiento del mediastino. Se realizó lobectomía, que confirmó el enfisema lobar congénito. Continúa evolución favorable 29 meses después.

INTRODUCCIÓN

El enfisema lobar congénito es una causa de dificultad respiratoria en los primeros meses de la vida que puede llevar a la insuficiencia cardiorrespiratoria. Se caracteriza por la hiperinsuflación de un lóbulo pulmonar que produce compresión del

ABSTRACT

Congenital lobar emphysema results from hyperinsufflation and air trapping in an otherwise histologically normal lobe, secondary to a bronchial valvular mechanism. It induces compression of normal lung and mediastinal shift. We present the case of a 45 day old male infant seen due to non-specific respiratory difficulty and pectus excavatum; the chest X-ray showed a hyperlucent right lung and mediastinal shift. The resected middle lobe showed lobar emphysema. He remains in good condition 29 months later.

parénquima pulmonar normal y desplazamiento del mediastino^{1,2}.

CASO CLÍNICO

Masculino de 45 días producto de gesta 1, embarazo resuelto por parto eutóxico en medio

hospitalario, con peso de 3400 g, sin hipoxia neonatal. Acudió por rinorrea hialina, tos no productiva no emetizante ni cianozante de 8 días de evolución, con politiro, frecuencia respiratoria de 64 x min, pecho excavado, disminución del ruido respiratorio en hemitórax derecho y regiones supra e infraclavicular izquierdas. Se tomaron radiografías, tomografía computarizada de tórax (Figura 1) y ecocardiograma que mostró presión sistólica de arteria pulmonar calculada en 40 mmHg. En la fibrobroncoscopía se observó el árbol bronquial derecho con variante anatómica del lóbulo superior, que tenía dos segmentos en lugar de tres, compresión extrínseca sobre su pared posterior y moderado edema, disminución de la luz en 50%. Se realizó lobectomía media con normalización de las manifestaciones respiratorias. El informe de anatomía patológica señaló lóbulo medio con enfisema lobar, edema y hemorragia pulmonar. Acudió a revisión 29 meses después, en condiciones satisfactorias (Figura 2). Se valorará corrección del pecho excavado.



Figura 1. Imágenes a su ingreso. A) Radiografía posteroanterior de tórax. Gran hiperclaridad en casi todo el campo pleuropulmonar derecho, que se extiende más allá de la línea media, y desplazamiento del mediastino a la izquierda, B) Corte de tomografía computarizada a la altura de los ventrículos; hiperclaridad anterior y parénquima pulmonar comprimido en la parte posterior del hemitórax derecho; la deformación costal y esternal parece comprimir y desplazar el corazón aún más hacia la izquierda.

DISCUSIÓN

El enfisema lobar congénito es una causa de dificultad respiratoria progresiva durante el periodo neonatal¹; es más frecuente en el género masculino y puede asociarse con otras malformaciones, incluyendo cardiopatías congénitas². Los espacios enfisematosos suelen ser mayores y más frecuentes en el lóbulo superior izquierdo, luego en el medio y finalmente en el superior derecho, ocasionalmente afecta más de un lóbulo o es bilateral³; en el examen histopatológico no hay destrucción verdadera de los alvéolos sino sobredistensión de alvéolos normales^{4,5}. Por esta razón algunos autores lo llaman hiperinsuflación lobar congénita. En la mitad de los casos no se encuentra la causa y en el resto se encuentra obstrucción intraluminal por repliegues de la mucosa bronquial, rotaciones o moco; en el 2% hay compresión extrínseca por anillos vasculares o crecimiento de nodos linfáticos regionales.

Las radiografías de tórax muestran una gran hiperclaridad que corresponde al lóbulo afectado,



A

B



A



B

Figura 2. Postoperatorio tardío. A) Radiografía posteroanterior de tórax. Cambios postoperatorios; persistente desviación del mediastino a la izquierda, B) Pecho excavado; cicatriz de toracotomía.

284

compresión de otros lóbulos, atelectasias y desplazamiento del mediastino al lado contralateral. Si se sospecha un anillo vascular, el esofagograma puede ser de utilidad^{6,7}, aunque la fase contrastada de la tomografía computarizada lo sustituye. El diagnóstico diferencial incluye cuerpo extraño, quiste pulmonar, lesión adenomatosa insuflada, hernia diafragmática y neumotórax.

En los lactantes menores de dos meses y en los lactantes mayores que tengan sintomatología rápidamente progresiva, la indicación es siempre quirúrgica^{8,9}. Se puede tener una conducta expectante en niños mayores de dos meses que no tienen sintomatología¹⁰⁻¹².

Nuestro enfermo, que fue sometido a lobectomía media, se encuentra en espera de la corrección del pecho excavado para prevenir problemas futuros¹³.

REFERENCIAS*

1. Park HJ, Lee SY, Lee CS, Youm W, Lee KR. The Nuss procedure for pectus excavatum: evolution of techniques and early results on 322 patients. Ann Thoracic Surg 2004;77:289-295.

2. Adunate RM. *Malformaciones pulmonares congénitas*. Rev Chil Pediatr 2001;72:100-105.
3. González LR, Seguel SE, Gyhra SA, et al. *Enfisema lobar congénito: Presentación de 4 casos*. Rev Chil Cir 2005;58:164-168.
4. Karnak I, Senocak ME, Ciftci AO, Büyüpamukçu N. *Congenital lobar emphysema: diagnostic and therapeutic considerations*. J Pediatr Surg 1999; 34:1347-1351.
5. Toledo GA, Maza GD, Velásquez SR, et al. *Enfisema lobar congénito. Reporte de nueve casos y revisión de la literatura*. Rev Inst Nal Enf Resp Mex 1996;9:273-278.
6. Castellanos-Morfín JL, Rodríguez-Balderrama I, Villarreal-Castellanos E, et al. *Manejo conservador del enfisema lobar congénito: Informe de un caso y revisión de la literatura*. Rev Mex Pediatr 1997;64:18-21.
7. Llanes CR, Rodríguez FA, González FS, López DF. *Enfisema lobar congénito: Experiencia con 15 casos*. Rev Cubana Pediatr 2003;75:894-903.
8. Schencke AL, Romero DM, Zúñiga RS, García BC. *Caso clínico-radiológico*. Rev Chil Pediatr 2003;74:304-307.
9. Olutoye OO, Coleman BG, Hubbard AM, Adzick NS. *Prenatal diagnosis and management of congenital lobar emphysema*. J Pediatr 2003;143:101-106.

* Los interesados en el resto de la bibliografía, favor de solicitarla al primer autor.

- nital lobar emphysema.* J Pediatr Surg 2000;35: 792-795.
10. **Roberts PA, Holland AJ, Halliday RJ, Arbuckle SM, Cass DJ.** *Congenital lobar emphysema: Like father, like son.* J Pediatr Surg 2002;37:799-801.

Correspondencia:

Dr. Armando Quiñonez Andrade.
Hospital Valentín Gómez Farías,

ISSSTE. Zapopan, Jalisco. Teléfono 0133 36330044, extensión 157.
Domicilio: Hacienda La Quemada, Núm. 1519, colonia Oblatos, Sector Libertad, Guadalajara, Jalisco. 44700. Teléfono 01 33 36 09 1148.
Correo electrónico: armadiyoq@hotmail.com drarmandoradiologo@gmail.com