

Sesión del 7 de marzo de 1973 °

DISPLASIA BRONCO-PULCONAR **(a propósito de un caso)**

S. LIÑÁN, J. LUCAYA, N. COBOS y J. BOTEY

Universidad Autónoma
Cátedra de Pediatría
(Prof. A. BALLABRIGA)

Barcelona

El caso motivo de esta comunicación presentó la siguiente historia clínica :

Se trata de un prematuro de 1,500 gr. de peso, fruto de un embarazo de 32 semanas de gestación. Parto por cesárea y ruptura de membranas 8 días antes. Preciso reanimación, aspiración de mucosidades y oxígeno terapia.

En el momento de su ingreso presentaba un distress respiratorio, mostrando la radiografía practicada a las 2 horas de vida imágenes infiltrativas alveolares difusas en hemitórax derecho, junto con broncograma aéreo. Fue colocado en incubadora con oxígeno al 26% y sometido a tratamiento antibiótico adecuado.

A las 24 horas de vida, el distress respiratorio se hizo mucho más evidente, con una polipnea de 100/m., cianosis, quejido e hipoventilación. El pH sanguíneo en aquel momento era de 7,26 y la PaCO₂ de 38. Po₂ de 40 mm. seg. El estudio radiológico en este momento mostraba densidades alveolares bilaterales y se iniciaban algunas imágenes microquísticas. Se sometió a tratamiento con campana de O₂ al 80% durante 36 horas, disminuyendo posteriormente hasta alcanzar concentraciones de O₂ del 26% a los 3 días.

A los 9 días el cuadro respiratorio había mejorado paulatinamente, mostrando un discreto tiraje, polipnea de 70-80/m., no cianosis. El estudio bioquímico en aquel momento mostraba un pH = 7,37 y una Pa CO₂ de 34. La radiografía mos-

° Sesión clínica hospitalaria organizada por la Clínica Infantil de la Seguridad Social, celebrada en la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares.

traba unas imágenes microquísticas en ambos campos pulmonares, densidades lineales y broncograma aéreo.

A los 32 días de vida no mostraba el pequeño más síntoma respiratorio que una polipnea de 60-70/m. y persistencia de las mismas imágenes radiológicas de anteriores controles.

A los 4 meses de edad, fue ingresado para estudio de su cuadro respiratorio mostrando un astrup normal. Po_2 de 112 mm. seg. con O_2 ambiental. Saturación de Hb. de 94%. Estudio inmunológico con discreta elevación de IgA = 33 mg. %. IgM = 202, IgG = 440, y enfisema generalizado con zonas de condensación paracardíacas, especialmente en el lado derecho en el estudio radiológico.

Ultimamente MORTHWAY describió un nuevo cuadro pulmonar superponible al que anteriormente hemos presentado, aunque con algunas diferencias, como posteriormente apreciaremos. Él lo describe como secundario a: 1) Distress respiratorio del R. N. 2) Administración prolongada y a altas concentraciones de O_2 . 3) Aplicación de respiradores con presión positiva. 4) Intubación endotraqueal prolongada.

Mostraba en su trabajo una estadística sobre 32 casos, de los cuales 19 recibieron O_2 menos de 6 días, 10 de ellos murieron y de los 9 restantes: 8 fueron normales (no siguieron la evolución de su síndrome) y solamente 1 presentó posteriormente signos de insuficiencia respiratoria crónica. El resto de sus casos (13) recibieron oxígeno más de 6 días, de éstos 4 fueron normales y 9 mostraron signos de insuficiencia respiratoria crónica, falleciendo 5 por insuficiencia cardíaca, 3 curaron a los 6, 12 y 18 meses de evolución y solamente uno de ellos mostrando a los 24 meses de vida signos de insuficiencia respiratoria crónica. MORTHWAY describe en su síndrome 4 estadios bien diferenciados:

Estadio I (del 1.º al 4.º día).

Clínicamente muestran distress respiratorio y radiológicamente microondulaciones bilaterales típica de membrana hialina junto a broncograma aéreo. Los estudios anatomopatológicos mostraban en este estadio: membrana hialina, hiperhemia, atelectasia, dilatación linfática, destrucción de células ciliadas y necrosis de la mucosa bronquial.

Estadio II (del 5.º al 10.º día).

Clínica de distress respiratorio radiológicamente. Aumento de la densidad pulmonar y borramiento de la silueta cardíaca. Necrosis bronquiolar, edema intersticial, metaplasias de la mucosa y necrosis y reparación del epitelio alveolar anatómicamente.

Estadio III (del 11.º al 20.º día).

Mejora del cuadro respiratorio y aparición de imágenes quísticas con disminución de la densidad pulmonar. En los estudios necrópsicos se observó en esta fase lesión de la mucosa bronquial y epitelio alveolar, persistencia de membrana hialina y coalescencia alveolar circunscribiendo grupos de enfisema con atelectasia.

Estadio IV (de los 20 días en adelante).

Signos clínicos de insuficiencia respiratoria crónica (cianosis y polipnea de esfuerzo). Radiológicamente: enfisema generalizado, densidades lineales apicales, alternando con imágenes quísticas y posible cardiomegalia.

Anatomopatológicamente: grandes focos de enfisema alveolar, hipertensión linfáticos tortuosos y cardiomegalia con hipertrofia de V. Derecho.



Al diagnóstico de este cuadro se llega por la clínica de I. R. C. evolución radiológica típica, cultivos negativos, test del sudor normal.

Hay que establecer diagnóstico diferencial con varios cuadros similares:

— S. WILSON y MIKITY.

Que aparece en recién nacido. Pretérmino de bajo peso, con imágenes infiltrativas reticulogranulares difusas y bilaterales, o bien una normalidad radiológica.

Aunque la clínica en este caso se inicia entre las 2 y las 5 semanas de vida.

— *Linfangiestasia pulmonar.*

Niños a término con distress respiratorio. Imágenes radiológicas de hiperaireación continuadas con densidades de tipo miliar. Muerte en los primeros días.

— *Mucoviscidosis.*

Descartada en todo momento por un test del sudor positivo.

— S. HAMMAN - RICH.

Raro en la infancia, con signos de insuficiencia respiratoria crónica y signos radiológicos de fibrosis pulmonar.

En resumen, nos encontramos, pues, ante un caso de displasia broncopulmonar, al que no llegamos por las vías conocidas del síndrome de W. M., ya que falta el intervalo libre de comienzo, ni por la vía de S. de Morthway descrito anteriormente, dado que la evolución radiológica de nuestro caso no es la típica que él preconiza al faltar el estadio II, así como la intubación endotraqueal que él observó en todos sus casos, sino por una tercera vía, en la cual existe un cuadro clínico de distress respiratorio, sobrecarga de O_2 , unos parámetros radiológicos que se apartan de los descritos clásicamente por MORTHWAY, pero que también nos lleva a este cuadro de displasia broncopulmonar con insuficiencia crónica respiratoria, que reúne una vía más de llegada a la neumopatía crónica del exprematuro.