

Cas 02.1

Hiperclaritat pulmonar

Alícia Mainou, Antoni Castellví¹, Inma Pablos, Joan Bel, Guillem Pintos, Ricard del Alcázar, Carlos Rodrigo

Servei de Pediatria. ¹Servei de Cirurgia Pediàtrica. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona

Lactant de sexe femení, d'un mes i mig de vida, que presenta irritabilitat i rebuig parcial de l'alimentació de 24 hores d'evolució.

Antecedents personals sense rellevància clínica.

Exploració física. Bon estat general, auscultació cardiorespiratòria: buf sistòlic 2/6 ejetiu, en meso i irradiat a esquena i una lleguera hipoventilació a hemitòrax esquerre. Resta d'exploració normal.

Exàmens complementaris. Radiografia de tòrax (Fig. 1): hiperclaritat a hemitòrax esquerre amb disminució de la trama vascular i desplaçament mediastínic cap a la dreta. Saturació d'hemoglobina 98% (FiO₂: 0.21). Equilibri àcid-base: pH 7.25, pCO₂ 59.2 mm, Hg H⁺CO₃ 26.1 mmol/L, excés de base: -2.3, electrocardiograma normal, ecocardiograma Doppler: estenosi branca dreta de l'artèria pulmonar per compressió extrínseca per una massa mediastínica, TC toràcica (Fig. 2): massa de 3 cm de diàmetre localitzada a mediastí mitjà.

Tractament. Toracotomia dreta. Exèresi de tumoraïció que es troba sobre la paret del bronqui principal esquerre. L'estudi histològic confirma el diagnòstic clínic. L'evolució a l'any de la intervenció, és molt bona.

Quin és el seu diagnòstic?



Fig. 1. Radiografia de tòrax AP: hiperclaritat de l'hemitòrax esquerre.



Fig. 2. TC toràcica: tumoració mediastínica per davant del cos vertebral.

Mainou A, Castellví, Pablos I, Bel J, Pintos G, Alcázar R, Rodrigo C.
Hiperclaritat pulmonar.
Pediatr Catalana 2002; 62: 136-137.

Correspondència:

Alícia Mainou
Servei de Cirurgia Pediàtrica
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol
Ctra. del Canyet s/n. 08196 Badalona
Treball rebut: . Treball acceptat:

Discussió

A partir d'uns símptomes inespecífics com són la irritabilitat i el rebuig de l'alimentació i de l'exploració física, en la qual destaca una subtil hipoventilació de l'hemitòrax esquerre i un buf sistòlic, es posen en marxa les exploracions complementàries. D'aquestes en destaquem la radiografia de tòrax, en la qual s'observa una imatge d'hiperclaritat de tot l'hemitòrax esquerre, amb disminució de la trama vascular, traducció de la presència d'un emfisema pulmonar, provocat per un problema de la via aèria localitzat al bronqui principal ipsilateral. L'observació de trama vascular descarta la possibilitat d'un pneumotòrax a tensió. L'edat de la pacient i la manca d'un inici sobtat de la clínica fan poc probable la presència d'un cos estrany.

L'ecocardiograma-Doppler detecta l'existència d'una estenosi de la branca dreta de l'artèria pulmonar que justifica el buf sistòlic i permet veure una tumoració mediastínica causant de la compressió extrínseca de la dita artèria.

La TC toràcica com a exploració d'elecció per una massa mediastínica orienta el diagnòstic cap a un **Quist Broncogènic**, el qual es confirma amb l'estudi de la peça operatòria.

Comentari

El *quist broncogènic*¹⁻⁴ és una malformació de l'arbre traqueobronquial que s'origina a partir de l'intestí primitiu anterior. És una entitat poc freqüent que es localitza habitualment a carina o en el trajecte del bronqui principal i de vegades es pot trobar al parènquima pulmonar. Això fa que la seva presentació clínica sigui molt variable: troballa causal, tos, estridor, pneumònies recurrents, o bé pot arribar a comprimir estructures vitals i donar clínica de dificultat respiratòria.

Sovint no és demostrable radiològicament, excepte per la presència de signes indirectes de compressió de la tràquea o del bronqui, com és el cas exposat, en què s'observa una imatge radiològica d'hiperclaritat pulmonar.

Davant d'una imatge d'hiperclaritat pulmonar cal plantejar-se el diagnòstic diferencial entre les malformacions broncopulmonars⁵⁻⁷ (quist pulmonar congènit, emfisema lobar, malformació adenomatoide quística), l'hèrnia diafragmàtica, les causes intrínseques i extrínseques d'obstrucció traqueal i bronquial i el pneumotòrax a tensió.

Entre les malformacions broncopulmonars que donen una imatge d'hiperclaritat pulmonar, el *quist*

pulmonar congènit gairebé sempre es localitza a lòbuls inferiors; solen ser únics, la imatge té una vora arrodonida i es pot veure trama pulmonar als lòbuls superiors comprimits; a diferència del quist broncogènic, aquest és multilobular i és més freqüent que no sigui una troballa casual, ja que sol presentar-se inicialment amb clínica de dificultat respiratòria. L'*emfisema lobar* afecta lòbuls superiors, pot omplir tot l'hemitòrax, habitualment té una vora inferior arrodonida; poden ser bilaterals (20%) i és freqüent l'associació amb altres malformacions congènites, sobretot cardíques. La *malformació adenomatoide quística*⁸ des del punt de vista d'imatge necessita diagnòstic diferencial amb les imatges hidroàeries de l'*hèrnia diafragmàtica*; pot afectar qualsevol lòbul. En el *pneumotòrax a tensió* es pot veure el munyó pulmonar comprimit a l'hili, el diafragma es troba deprimat i no hi ha imatge de parènquima pulmonar.

Les causes de compressió traqueal i bronquial, a banda de la *traqueomalàcia*, que té una clínica característica, són els diferents tipus d'*anells vasculars congènits* i les masses mediastíniques congènites: *quist broncogènic* i *duplicació o quist entèric*.

Bibliografia

- 1 Ramenofsky ML, Leape LL, McCauley RG. Bronchogenic cyst. J Pediatr Surg 1979; 14: 219-224.
- 2 Page McAdams H, Kirejczyk WM, Rosado-de-Christenson ML, Matsumoto S. Bronchogenic Cyst: Imaging features with clinical and histopathologic correlation. Radiology 2000; 217: 441-446.
- 3 Suen HC, Mathisen DJ, Grillo HC, et al. Surgical management and radiological characteristics of bronchogenic cyst. Ann Thorac Surg 1993; 55: 476-481.
- 4 Ribet ME, Copin MC, Gosselin B. Bronchogenic cyst of the mediastinum. J Thorac Cardiovasc Surg 1995; 109: 1003-1010.
- 5 Luck SR, Reynolds M, Raffens JG. Congenital bronchopulmonary malformations. Curr Probl Surg 1986; 23: 246-314.
- 6 Bailey PV, Tray T, Connors RH, et al. Congenital bronchopulmonary malformations. Diagnostic and therapeutic considerations. Thorac Cardiovasc Surg 1990; 99: 597-603.
- 7 Richart M, Kravitz MD. Congenital malformations of the lung. Ped Clin N A 1994; 41: 453-472.
- 8 Waszak P, Claris O, Lapillonne A, et al. Cystic adenomatoid malformation of the lung. Neonatal management of 21 cases. Pediatr Surg Int 1999; 15: 326-331.