



ATRESIA DEL BRONQUIO LOBAR SUPERIOR

F. SEBASTIAN QUETGLAS, J.M. MERINO NAZABAL*, C. HERNANDEZ ORTIZ, J.M. DE BLAS** y M.A. VON WICHMANN DE MIGUEL*

Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Virgen de Aránzazu.
Servicio Medicina Interna*. Servicio de Radiología**.
Hospital de Guipúzcoa. San Sebastián.

Presentamos un caso de atresia de bronquio lobar superior derecho asociado a una tuberculosis parenquimatosa, que se presenta en forma radiológica inicial de tumor de mediastino anterior. La broncoscopia y broncografía aportaron el diagnóstico de estenosis del bronquio lobar de LSD; se realiza un diagnóstico diferencial entre las estenosis bronquiales primitivas y secundarias (TBC). Los hallazgos anatómicos y anatomopatológicos aclararon definitivamente el diagnóstico.

Arch Bronconeumol 1987; 23:37-38.

Introducción

La atresia bronquial constituye una malformación congénita que se define como una solución de continuidad corta y parahiliar en un bronquio lobar o segmentario. La modificación bronquial existe desde su origen, de forma que éste no se aprecia broncoscópicamente desde su salida. El bronquio es atrésico solamente en algunos milímetros de su trayecto, siendo después de la anomalía, todas las estructuras bronquioalveolares y vasculares normales.

La atresia bronquial constituye una malformación rara cuya primera descripción corresponde a Ramsay y Byron (1953), pudiendo recogerse posteriormente en la bibliografía diversos casos publicados¹⁻³.

Presentamos un caso en el cual el diagnóstico de atresia bronquial del lóbulo superior derecho e infección granulomatosa, a nivel del parénquima pulmonar, constituyen el diagnóstico de máxima probabilidad; las especiales características del caso serán comentadas y discutidas.

Observación clínica

Enferma de 60 años de edad con antecedentes familiares de tuberculosis pulmonar, que fue diagnosticada en su infancia de un proceso tuberculoso. Diagnosticada hace 15 años de colestiasis, con motivo de serle propuesta una colecistectomía, es practicado un estudio radiológico torácico en PA/L, apreciándose una masa de 5-6 cm de diámetro, situada en tercio superior hemitórax derecho de morfología compatible con tumor de mediastino; asimismo,

Recibido el 20-5-1986 y aceptado el 25-9-1986.

Right upper lobar bronchi atresia

We report a patient with right upper lobar bronchi atresia associated with parenchymatous tuberculosis, whose x-ray imaging presented initially as an anterior mediastinum tumour. Bronchoscopy and bronchography led to the diagnosis of right upper lobar bronchi stenosis; a differential diagnosis was made between primary and secondary (TBC) bronchial stenosis. The anatomical and pathological findings actually clarified the diagnosis.

se objetiva una pobreza vascular en el tercio superior de dicho hemitórax y elevación de la cisura menor (fig. 1).

La exploración física y la analítica convencional realizada en sangre periférica es absolutamente normal, Mantoux 9 mm a las 72 horas. Desde el punto de vista cardiorrespiratorio, presenta una obstrucción leve de las vías aéreas, gasometría arterial y espirometría dentro de la normalidad. ECG normal.

La fibrobroncoscopia muestra una tráquea y árbol bronquial izquierdo normal; en el árbol bronquial derecho, no se aprecia la salida del orificio del bronquio de LSD, sin encontrarse a su teórico nivel cicatrices ni signos de existencia previa, el resto del sistema bronquial derecho es normal, algo distorsionado. Citología y BAS negativos.

Broncográficamente se pone de manifiesto una absoluta falta de relleno del bronquio de LSD, aunque existe una mínima muesca que puede insinuar el origen del mismo (fig. 2).

La aortografía muestra una arteria de mediano calibre que se dirige hacia la masa, originada en el cayado aórtico, a 1 cm de la salida de la arteria subclavia izquierda. La angiografía pulmonar digital demuestra la existencia de una arteria mediastínica para el LSD, cuyas divisiones están ocluidas parcialmente.

Con el diagnóstico de estenosis del bronquio lobar superior derecho y atelectasia crónica de dicho lóbulo y colestiasis, es sometida en la misma sesión quirúrgica a una colecistectomía y lobectomía superior derecha, apreciándose la existencia de todas las estructuras vasculares normales del lóbulo superior derecho y atelectasia cró-

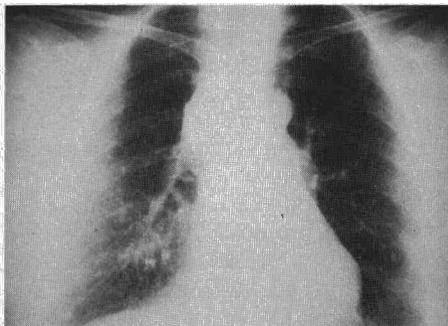


Fig. 1. Radiografía postero-anterior; tumor mediastínico anterior.

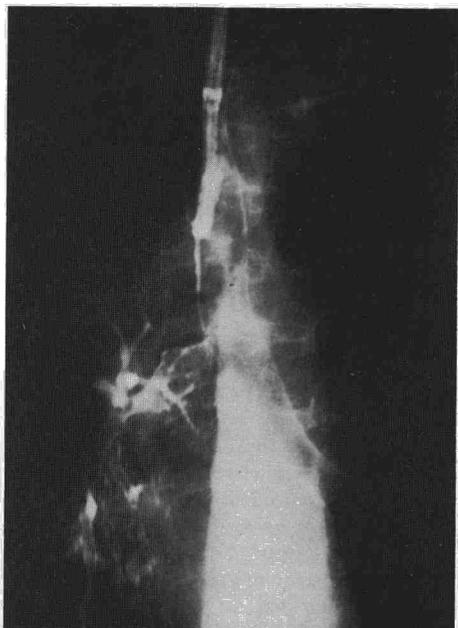


Fig. 2.
Broncografía:
ausencia del
LSD.

nica de dicho lóbulo, cisuras mayor y menor completas, a nivel bronquial no existe ninguna adenopatía que moleste para la disección. Se practica grapado con la suturadora mecánica TA 30 a nivel de la teórica zona de salida del bronquio de LSD, sin tener sensación de aplastamiento de las estructuras bronquiales, al retirar la suturadora no se identifican estructuras bronquiales. Para abrir la pieza es necesario identificar el inicio del bronquio de LSD que se encuentra intraparenquimatoso y comienza en un fondo de saco.

El informe anatomopatológico precisa:

1. Lóbulo superior derecho, cuyos bronquios se encuentran muy dilatados en todo su trayecto hasta la periferia subpleural. No existen lesiones tipo granulomatoso a su nivel.
2. Atelectasia pulmonar e infiltrado inflamatorio granulomatoso tipo TBC a nivel del parénquima, no focos de caseosis ni presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes.

Comentarios

Este caso fue inicialmente planteado como un tumor mediastínico anterior, hallazgo casual radiológico y la orientación diagnóstica fue encaminada inicialmente hacia la patología habitual en este compartimento, no obstante los hallazgos radiológicos a nivel de hemitórax derecho nos hicieron pensar en la existencia de una atelectasia crónica de LSD o a la presencia de posibles anomalías congénitas a dicho nivel. La broncoscopia y broncografía dirigieron nuestro pensamiento hacia aquellas patologías que producen una falta de relleno bronquial (atresia bronquial, estenosis inflamatoria granulomatosa, tumores, traumatismos, etc.), no obstante, el aspecto broncoscópico descarta toda patología adquirida a nivel bronquial por lo cual nos pareció lícito pensar en una atresia del bronquio de LSD.

La agenesia lobar, anomalía más frecuente de lo que parece, especialmente en el pulmón derecho, suele presentar imágenes radiológicas de desplazamiento de las estructuras mediastínicas hacia el lado afecto, más acusado en la inspiración, así como una

radiotransparencia disminuida y pérdida de volumen del hemitórax afecto, suele asociarse a la pérdida de silueta de las estructuras cardíacas derechas y aorta ascendente⁴, en nuestro caso no encontramos claramente estas imágenes.

La aortografía mostró la presencia de una vaso aferente de mayor calibre que una arteria bronquial pero sin obtener el calibre de las arterias típicas de los secuestros que por otra parte, son excepcionalmente raros en dicha localización⁵. La arteriografía mostraba una vascularidad típica para el LSD.

Todos los estudios practicados sugerían el diagnóstico de estenosis total (primitiva o secundaria) del bronquio de LSD y atelectasia crónica.

En la intervención quirúrgica se evidenció, además de la atelectasia crónica del LSD y de la presencia de una vascularidad arterial y venosa normal para el mismo, la ausencia total de adenopatías a nivel del hilio pulmonar y lobar. La zona bronquial se sutura sin tener en ningún momento sensación de existencia de dicha estructura a su nivel. Al abrir la pieza fue necesario buscar el inicio del bronquio común que comenzaba en un fondo de saco y no tenía conexión con el árbol bronquial principal. La presencia de cicuras completas impedía la aireación de dicho lóbulo por vías colaterales.

Los hallazgos anatómicos puestos de manifiesto en la intervención sugerían más la posibilidad de que nos encontrásemos ante un proceso congénito, que adquirido. La posibilidad de que la estenosis fuera tuberculosa, hubiese supuesto una difícil disección a nivel de hilio lobar en el cual hubiéramos encontrado numerosas adenopatías, así como evidentes secuelas presentes de una forma clásica en este tipo de patología⁶.

La anatomía patológica de la zona confirmó la ausencia de lesiones granulomatosas a nivel bronquial, aunque sí se encontraron éstas a nivel parenquimatoso; no obstante pensamos que las imágenes broncoscópicas y broncográficas, la ausencia total de adenopatías hiliares, los hallazgos anatómicos a nivel bronquial y los datos de la anatomía patológica justifican plenamente el diagnóstico de atresia bronquial de LSD.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ribet M, Remy J, Callape R, Pagniez B. L'atresie bronchique segmentaire chez l'enfant. *Ann Chir Thor Cardiovasc* 1974; 13:129-134.
2. Desvignes C, Hummel J, Jamet G, Levasseur P, Rojas Miranda A, Verley J, Merlier M. Emphysème pulmonaire et atresie bronchique. *Ann Chir Thor Cardiovasc* 1974; 68:135-138.
3. Findlay CW, Maier HC. Anomalies of the pulmonary vessels and the surgical significance, with a review of literature. *Surgery* 1951; 29:604-618.
4. Zelefsky M, Janis M, Bernstein R, Blatt C, Lin A, Meng CH. Intralobar bronchopulmonary sequestration with bronchial communication. *Chest* 1971; 59:266-274.
6. Table ronde sur la chirurgie des bronchiectasies d'apparence primitives de l'enfant et l'adult. *Ann Chir Thor Cardiovasc* 1984; 38:445-456.