

DIAGNÓSTICO DE ATRESIA BRONQUIAL CONGÉNITA MEDIANTE TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA

M. Montané, J. Ordi*, A. Roman, J. Palmer** y R. Orriols.

Servicio de Neumología, * Departamento de Medicina Interna y ** Departamento de Radiología. Hospital General Vall d'Hebron. Barcelona

La atresia bronquial congénita es una malformación rara y de difícil diagnóstico. La eficacia de la tomografía axial computarizada torácica como prueba diagnóstica evita, en casi todos los casos, exploraciones más agresivas. Presentamos un caso de atresia bronquial congénita, diagnosticado por tomografía axial computarizada torácica y revisamos su papel en el diagnóstico.

Arch Bronconeumol 1989; 25: 334-335

Diagnosis of congenital bronchial atresia with computed tomography.

Congenital bronchial atresia is a rare malformation of difficult diagnosis. The yield of thoracic computed tomography as a diagnostic test prevents more invasive studies in nearly all cases. We report a patient with congenital bronchial atresia who was diagnosed by thoracic computed tomography and we review the role of this technique in the diagnosis.

Introducción

La atresia bronquial congénita (ABC) es una anomalía caracterizada por la existencia de un broncocele formado por la finalización en fondo de saco de un bronquio segmentario o lobar cerca de su origen e hiperinsuflación distal del segmento pulmonar obstruido, por ventilación colateral¹. La rareza de esta entidad y su fácil confusión con otro tipo de patologías ha dado lugar a que la mayoría de los casos descritos en la literatura se hayan diagnosticado tras la exéresis de la zona anómala mediante toracotomía. La introducción de la tomografía axial computarizada (TAC) en el estudio de esta patología, ha supuesto un avance de gran interés práctico, puesto que permite evitar la cirugía y otras exploraciones agresivas².

Dadas las escasas referencias existentes en la literatura, creemos interesante la publicación del siguiente caso clínico a fin de tener en cuenta esta entidad y la utilidad de la TAC torácica en su diagnóstico.

Caso clínico

Paciente de 22 años de edad sin antecedentes patológicos de interés que fue remitida a nuestro servicio para estudio de una imagen patológica en la radiografía de tórax. Clínicamente, la paciente estaba asintomática y la exploración física era normal. La radiografía de tórax (fig. 1) mostraba una imagen densa cercana al hilio en el lóbulo superior izquierdo e hiperclaridad del resto del lóbulo. Unas tomografías lineales habían sugerido la presencia de bullas en esta zona y posible cavitación de la imagen densa observa-

da en la radiografía simple. El Mantoux, la búsqueda del bacilo de Koch en esputo y jugo gástrico, así como las precipitinas a aspergillus habían sido negativas. La fibrobroncoscopia había sido normal y las muestras obtenidas con esta técnica negativas. En el estudio broncográfico que se había realizado se constató una falta de conti-

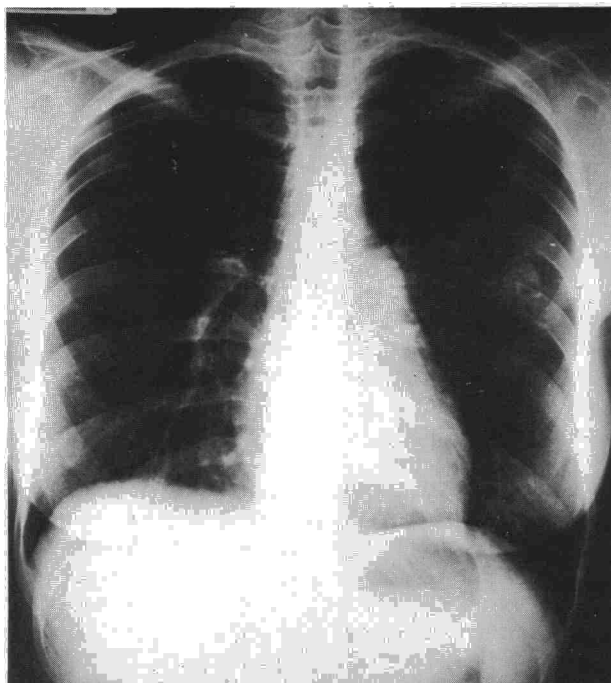


Fig. 1. RX de tórax. Imagen densa cercana al hilio en lóbulo superior izquierdo e hiperclaridad en el resto del lóbulo.

Recibido el 3.4.1989 y aceptado el 27.6.1989

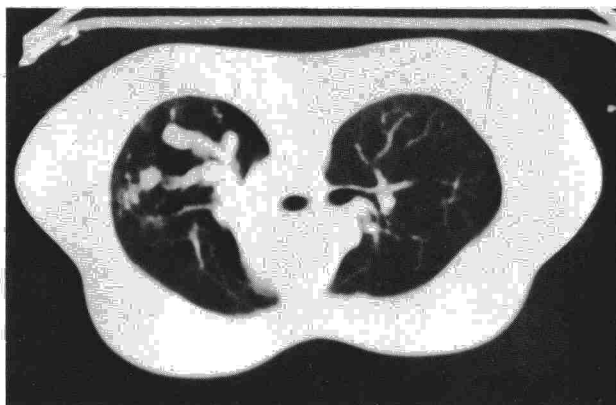


Fig. 2. TAC torácica.

nidad del bronquio del segmento ápico-posterior del lóbulo superior izquierdo y en la angiografía por substracción digital hipoplasia de la arteria lobar superior izquierda y ausencia de irrigación sistémica. Finalmente, después de la sospecha de la ABC, la TAC torácica (fig. 2) que se practicó demostró imágenes bronquiales repletas de moco que convergían hacia el hilio en el lóbulo superior izquierdo junto a hiperinsuflación distal del resto de lóbulo, confirmando el diagnóstico de ABC. La paciente no ha recibido ningún tratamiento y persiste asintomática y sin cambios radiológicos dos años después del diagnóstico.

Discusión

La ABC es una malformación que suele detectarse en adultos jóvenes, siendo en más de 2/3 partes de los casos un hallazgo radiológico fortuito. El diagnóstico debe sospecharse cuando se constata en la radiografía de tórax un aumento de densidad parahiliar redondeado o alargado junto a una zona localizada de hiperclaridad distal. En ocasiones es posible encontrar de forma aislada la hiperclaridad o el aumento de densidad³, haciendo más difícil el diagnóstico. Estos hallazgos corresponden patológicamente a un bronquio finalizado en fondo de saco en su curso hacia el hilio con moco impactado en su interior, y por otro lado, la hiperclaridad distal está producida por ventilación colateral desde zonas vecinas de pulmón normal.

Antes de que Cohen et al⁴ y más tarde Jederlinc², demostraran la utilidad de la TAC torácica en el diagnóstico de ABC, en la mayoría de ocasiones éste se efectuaba tras toracotomía. La broncoscopia y la broncografía, además de ser procedimientos molestos, no resultan definitivos en el estudio de esta patología. La broncografía, aunque en el 75 % de los casos es patológica, es difícil de interpretar. En la mayor parte de ocasiones no se visualiza el bronquio afectado o los bronquios normales están desplazados por la zona hiperinsuflada. Raramente, un muñón bronquial, como en nuestro caso, puede ser visualizado^{4,5}. La angiografía, que sólo suele mostrar una vascularización atenuada de la zona hiperinsuflada, ayuda a distinguir la ABC del secuestro pulmonar y de las malformaciones vasculares, pero no es suficiente para hacer el diagnóstico de esta entidad⁵. Actualmente, la TAC torácica permite el estudio secuencial y la valoración de las diferentes densidades, objetivando el broncocele, la estructura ramificada completa, así como la hiperinsuflación. Por otra parte, la utilización de contraste permite también descartar anomalías vasculares haciendo muchas veces innecesarias las exploraciones angiográficas⁵.

En conclusión, ante el hallazgo en la radiografía de tórax de alguna de las alteraciones antes descritas, la práctica de una TAC torácica suele ser suficiente para el diagnóstico de ABC, posibilitando una terapéutica conservadora y evitando al paciente exploraciones más agresivas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramsay BH. Mucocoele of the lung due to congenital obstruction of segmental bronchus. *Dis Chest* 1953; 24:96-103.
2. Jederlinc PJ, Sicilian LS, Baigelman W, Gaensler EA. Congenital bronchial atresia. A report of 4 cases and a review of the literature. *Medicine* 1986; 85:73-83.
3. Brocard H, Galloverdec C. Les formes radiologiques de l'atresie bronchique. *Rev Fr Mal Resp* 1976; 4:953-957.
4. Cohen AM, Solomon EH, Alfydi RJ. Computed tomography in bronchial atresia. *AJR* 1980; 135:1.097-1.099.
5. Pugatch RD, Gale ME. Obscure pulmonary masses: Bronchial impaction revealed by CT. *AJR* 1983; 141:909-914.