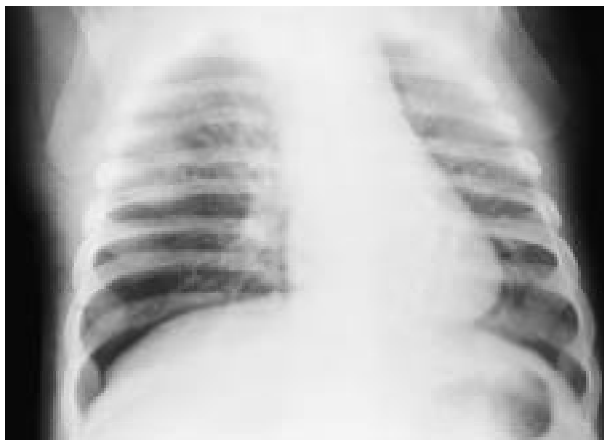


## **HAGA SU DIAGNOSTICO**

**Dres. Cristina Danna\* y Ricardo Bernztein**

### **CASO CLINICO**

Un paciente de 5 meses de edad se internó por dificultad respiratoria progresiva. Nació de término con un peso de 3600 g. Sin antecedentes perinataológicos significativos. Tomó pecho exclusivo 20 días, luego complementó con leche de vaca. Incorporó semisólidos al 3<sup>er</sup> mes. Presentó buen progreso ponderoestatural y adecuada maduración. Al 3<sup>er</sup> mes presentó diarrea aguda y al 4to mes CVAS que requirió tratamiento con broncodilatadores. Antecedentes positivos de asma y atopía en la familia materna.



Rx. de tórax. Pulmón derecho hiperclaro.

La enfermedad comenzó 15 días antes de su admisión, con tos y dificultad respiratoria de comienzo brusco, sin fiebre. Se le diagnosticó bronquiolitis y se medicó con nebulizaciones con salbutamol y antibióticos orales. Por persistencia de dificultad respiratoria y crisis de tos se agregaron corticoides IM con muy leve mejoría, por lo que se internó. El paciente se encontraba eutrófico. Auscultación respiratoria con disminución global de la entrada de aire, rales gruesos diseminados, sibilancias aisladas bilaterales y espiración prolongada. Resto del examen físico sin particularidades. Se realizaron Rx de tórax y radioscopia interpretadas como normales. Se trató con nebulizaciones con salbutamol, corticoides orales y permaneció internado 4 días. Al alta presentaba mejoría clínica, pero persistían las sibilancias. Reingresó a la semana del alta por dificultad respiratoria moderada y fiebre de 5 días de evolución, con disminución global de la entrada de aire a predominio derecho, espiración prolongada y rales gruesos diseminados en ambos campos pulmonares. Se realizó nueva Rx de tórax que reveló leve desplazamiento del mediastino superior a hemitórax izquierdo e hiperinsuflación en hemicampo derecho. Se indicó una broncoscopia que confirmó el diagnóstico sospechado.

## PULMON HIPERCLARO UNILATERAL

En pediatría la aspiración de un cuerpo extraño es la causa más frecuente de un pulmón hipertransparente unilateral. La edad más frecuente de la aspiración es entre los 12 meses y los 4 años. Se debe investigar toda exposición a objetos pequeños, especialmente juguetes o alimentos. Existe generalmente el antecedente de ahogo y los síntomas más frecuentes de presentación son: estridor, sibilancias, retracciones esternales y tos. El cuerpo extraño suele ser radiolúcido, por lo cual pueden sólo observarse cambios pulmonares asociados, como hiperinsuflación pulmonar (en la radiografía común y en la espirada) o atelectasia. Es frecuente que la radiografía sea normal, pero también puede observarse el cuerpo extraño. En este paciente el re-interrogatorio jerarquizó el comienzo súbito del cuadro mientras al niño se lo alimentaba con sopa de verduras. La leve asimetría auscultatoria y la hiperinsuflación unilateral en la Rx de tórax motivó la realización de una broncoscopia en la que se le extrajo una semilla de zapallito del bronquio fuente derecho.

El Síndrome de Swyer-James-Macleod debe sospecharse cuando se encuentra un pulmón hiperclaro unilateral pequeño, con posterioridad a una infección del árbol bronquial en la infancia, con frecuencia neumonía adenoviral. Presenta un hilio pequeño homolateral en las Rx de tórax de frente y perfil. Hay atrapamiento aéreo en las proyecciones en espiración, reducción en la perfusión pulmonar en el centellograma y la angiografía, y falta de llenado periférico en la broncografía. La tomografía de tórax muestra heterogeneidad de la densidad pulmonar, con disminución del volumen pulmonar en un hemitórax, y reducción ipsilateral de la vascularización pulmonar. La hiperclaridad está provocada por una disminución en la perfusión y no por aumento del aire en el pulmón afectado.

Cuando el hilio homolateral está ausente o es muy pequeño se debe pensar en una agenesia o hipoplasia de la arteria pulmonar. Otras causas de pulmón hiperclaro unilateral son el neumotórax, el enfisema lobar congénito, quistes pulmonares, fibrosis por radioterapia, obstrucción endobronquial por tumores o compresiones extrínsecas.

No deben olvidarse causas extrapulmonares como asimetría de mamas, agenesia de músculos pectorales (Síndrome de Poland), escoliosis, hemiatrofias, pectus catinatum o excavatum. La mala técnica radiográfica por mal centrado o rotación del paciente puede originar imágenes falsas de asimetría en la aireación de ambos pulmones.

### LECTURA RECOMENDADA

- Botto H, Zanetta A, Nieto M, Rodriguez H, Tiscornia C. Cuerpos extraños en las vías aérea y digestiva. Medicina Infantil 1997;IV:166-71.
- Kirks D. Practical pediatric imaging. Diagnostic radiology of infants and children. 1era ed. Boston, EEUU: Little, Brown & Company, 1984.
- Silverman FN, Kuhn JP. Caffey-Diagnóstico por imágenes en pediatría. Bs As, Argentina: Editorial Médica Panamericana, 1992.
- Kravitz RM. Congenital malformations of the lung. Pediatr Clin North Am 1994;41:453-72.
- Esclamado RM, Richardson MA. Laryngotracheal foreign bodies in children. AJDC 1987;141:259-62.
- Puhakka H, Svedstrom E, Kero P, y col. Tracheobronchial foreign bodies. AJDC 1989;143:543-5.