



## CARTAS AL DIRECTOR

### Aplasia pulmonar unilateral

**Sr. Director.** La aplasia pulmonar es una anomalía poco frecuente, que se acompaña generalmente de elevada mortalidad en la infancia al asociarse a otras importantes malformaciones congénitas<sup>1,2</sup>. Tras leer el interesante artículo de Figuerola et al<sup>3</sup>, quisiéramos describir un nuevo paciente adulto afecto de esta enfermedad congénita, sin sintomatología respiratoria, y con malformaciones asociadas de la columna vertebral.

**Observación clínica.** Varón de 39 años que consulta por valoración de radiografía de tórax, antes de una herniorrafia inguinal derecha programada. Entre sus antecedentes personales refería una hepatitis aguda en la infancia y una neumonía cuatro años antes; negaba ingesta etílica en los últimos siete años. En la exploración física destacaban cuello corto y asimetría torácica derecha, escoliosis cervicodorsal e hipoventilación en hemitórax derecho. En las exploraciones complementarias encontramos: hemograma, bioquímica general y orina normales. Radiografía de tórax posteroanterior y lateral: hiperexpansión del pulmón izquierdo, aumento de densidad del hemitórax derecho, y desviación del mediastino a la derecha. Radiografía de columna: escoliosis dorsolumbar y vértebras "en mariposa". Broncografía: bronquio derecho rudimentario que termina en fondo de saco y sin ramificación bronquial (fig. 1). Angiografía digital: arteria pulmonar izquierda normal, y ausencia de vascularización en el territorio de la arteria pulmonar derecha (fig. 2). ECG: ritmo sinusal normal y desviación del eje a la derecha. Ecocardiografía y ecografía abdominal normales.

Entre los trastornos del desarrollo broncopulmonar podemos encontrar tres grados diferentes, agenesia, aplasia e hipoplasia<sup>4</sup>. En la aplasia existe ausencia parcial del árbol bronquial con terminación en fondo de saco, sin parénquima ni vasculatura. La hipoplasia, con afectación pulmonar completa, de-

muestra parénquima rudimentario, con descenso en el tamaño y número de los vasos. Finalmente, en la agenesia, hay ausencia completa del pulmón, del árbol bronquial y de los vasos.

Aunque la patogenia de estas malformaciones no es bien conocida, la mayoría de los autores sugieren que son consecuencia de un defecto mesodérmico primario (defecto intrínseco en el desarrollo pulmonar). No existe predominio familiar ni relación con el sexo, aunque Mardini y Nyhan<sup>5</sup> insinúan una herencia autosómica recesiva. Es frecuente que fallezcan en el período neonatal, pero pueden alcanzar la vida adulta, incluso sin síntomas, como sucedió en nuestro paciente. Tienen predisposición a las infecciones respiratorias<sup>3</sup> y los hallazgos clínicos dependerán de la presencia de otras malformaciones congénitas (riñón en herradura, malformaciones cardíacas, hernia diafragmática, escoliosis, malformaciones faciales)<sup>5,6</sup>. El diagnóstico diferencial tendrá que hacerse con la atelectasia total, las bronquiectasias severas con colapso, y posiblemente el fibrotórax avanzado, debiendo confirmarse con la broncografía y la arteriografía.

**J. Garrapiz, J.A. Fernández\* y R. Serrano Heranz**

Servicios de Medicina Interna (Neumología) y \*Radiodiagnóstico.  
Hospital del INSALUD. Barbastro (Huesca).

1. Campanella C, Odell JA. Unilateral pulmonary agenesis. A report of 4 cases. *S Afr Med J* 1987; 71:785-787.

2. Robledo AG, Lara T, Villacastán BP, Masjuan L. Agenesia pulmonar: presentación de dos nuevos casos. *Rev Clin Esp* 1973; 129:189-194.

3. Figuerola Mendal JA, Sebastián Ariño A, Arribas Barcelona J. Aplasia pulmonar diagnosticada en edad adulta. A propósito de dos casos. *Arch Bronconeumol* 1990; 26:47.

4. Fraser RG, Paré JAP, Paré PD, Fraser RS, Genereux GP. En: *Diagnosis of diseases of the chest* 3 ed. Philadelphia: WB Saunders Co 1989:696-773.

5. Mardini MK, Nyhan WL. Agenesis of the lung. Report of four patients with unusual anomalies. *Chest* 1985; 87:522-527.

6. Knowles S, Thomas RM, Lindenbaum RH, Kkeeling JW, Winter RM. Pulmonary agenesis as part of the VACTREL sequence. *Arch Dis Child* 1988; 63:723-726.

### La fibrobroncoscopia en el diagnóstico de la patología oportunista asociada al virus de la inmunodeficiencia humana en un hospital comarcal

**Sr. Director:** La fibrobroncoscopia (FB) y el lavado broncoalveolar (LBA) son, hoy en día, técnicas indispensables en el estudio de la patología pulmonar<sup>1</sup>. Aun con ciertas reservas, su utilización de forma rutinaria se considera cada vez más necesaria en el diagnóstico y seguimiento de la patología infecciosa ligada al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)<sup>2,3</sup>.

Las series publicadas en nuestro país proceden en general de los grandes hospitales, que abarcan áreas urbanas densamente pobladas. Sin embargo, existen escasas referencias de la utilidad y el rendimiento de dichas técnicas en los hospitales comarcales, muchos de ellos de reciente creación, con dotaciones económicas y técnicas diversas, habitualmente insuficientes y con gran variabilidad en cuanto al área que abarcan, en función de su localización en la geografía española.

Presentamos nuestra experiencia en la utilización de la FB y el LBA en el diagnóstico de la patología infecciosa ligada al VIH, en un hospital comarcal de 250 camas que abarca un área oficial de unos 120.000 habitantes, si bien posee una gran población estable no censada y flotante, lo que eleva la población media a unos 300.000.

Con objeto de conocer nuestra rentabilidad y los gérmenes oportunistas más frecuentes en la población portadora de nuestra área, hemos realizado un estudio prospectivo desde agosto de 1989 a agosto de 1990, practicando 32 FB con LBA en 27 pacientes, 19 hombres y ocho mujeres, de edades entre 22

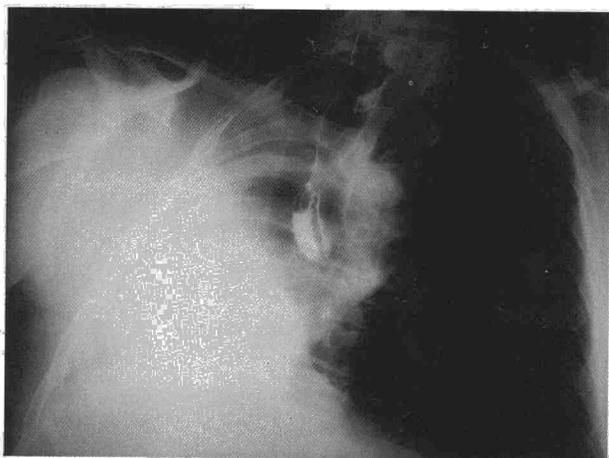


Fig. 1. Broncografía: bronquio derecho acabando en fondo de saco.



Fig. 2. Angiografía digital: ausencia de vascularización a través de la arteria pulmonar derecha.