

## Neumonías recurrentes secundarias a broncomalacia idiopática

J. García-Donas Jiménez, M.J. Núñez Orantos, J.M. Fernández Sánchez-Alarcos\*, J.C. Pontes Navarro y P. Crespo Cobo

Servicios de Medicina Interna III y \*Neumología. Hospital Clínico Universitario San Carlos. Madrid.

**La broncomalacia en el adulto es una entidad secundaria a diversas agresiones sobre el árbol bronquial: bronquitis crónica, tuberculosis, intubación prolongada, cirugía, traumatismo, neoplasia o trasplante pulmonar.**

Presentamos el caso de una mujer de 84 años sin ninguno de los antecedentes reseñados, a quien se detectó como única lesión una broncomalacia severa del bronquio principal izquierdo. Esta anomalía constituyó la causa de las neumonías de repetición que finalmente condicionaron su fallecimiento.

Aportamos las fotografías de la broncoscopia realizada a la paciente, en las que se observan la gravedad de la lesión y su repercusión funcional.

**Palabras clave:** Broncomalacia. Neumonía de repetición.

(Arch Bronconeumol 2001; 37: 324-325)

### Introducción

La broncomalacia constituye un defecto en la composición del cartílago bronquial que comporta una menor resistencia mecánica. Esto permite que las presiones positivas desarrolladas durante la espiración estrechen en grado variable la luz del bronquio, lo que dificulta el paso del aire y las secreciones.

Esta anomalía es relativamente común como alteración primaria en la edad pediátrica<sup>1</sup>, bien como defecto aislado, bien formando parte de algún síndrome congénito (p. ej., síndromes de Williams-Campbell<sup>2</sup>, Di George<sup>3</sup>, entre otros).

En el adulto, sin embargo, la broncomalacia es secundaria a alguna lesión del árbol bronquial: bronquitis crónica, tuberculosis<sup>4</sup>, intubación prolongada, cirugía, traumatismo, trasplante<sup>5</sup> o neoplasia pulmonar. Así, es frecuente encontrar en la broncoscopia de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de larga evolución diversos grados de broncomalacia en distintas áreas.

Correspondencia: Dr. J. García-Donas.  
Avda. de Andalucía, 12. 28860 Paracuellos de Jarama. Madrid.  
Correo electrónico: jgdonas@mixmail.com

Recibido: 27-7-00; aceptado para su publicación: 30-1-01.

Recurrent pneumonia secondary to idiopathic bronchomalacia

**Bronchomalacia in adults develops secondary to bronchial disease processes (chronic bronchitis, tuberculosis, neoplasm) or to lesions resulting from prolonged intubation, surgery, trauma, or lung transplantation.**

We report the case of an 84-year-old woman with no history of any of the aforementioned associations in whom we detected severe idiopathic bronchomalacia of the main left bronchus. The identified lesion caused recurrent pneumonias leading to death.

We show images obtained by bronchoscopy, revealing the severity of the lesion and its functional repercussions.

**Key words:** Bronchomalacia. Recurrent pneumonia.

Presentamos un caso excepcional tanto por la ausencia de antecedentes o enfermedad concurrente que pudiesen considerarse causa de la broncomalacia, como por lo grave y selectivo en la localización del defecto.

### Observación clínica

Mujer de 84 años no fumadora, sin otros hábitos tóxicos, con antecedente de alergia polínica y asma. La paciente había presentado en los últimos años episodios recurrentes de neumonía (la última 6 meses antes, localizada en el lóbulo inferior izquierdo). Acudió a urgencias remitida por su médico de cabecera por un nuevo cuadro neumónico refractario al tratamiento pautado.

En el examen físico destacaba la presencia de fiebre (38 °C), taquipnea, taquicardia y roncus generalizados en campo pulmonar izquierdo. Se realizó una radiografía de tórax en la que se observaron un infiltrado alveolar en el lóbulo inferior izquierdo y derrame pleural ipsilateral, así como desplazamiento del mediastino a la izquierda con descenso del bronquio principal del mismo lado, hallazgos compatibles con atelectasia del citado lóbulo.

Se practicó una broncoscopia donde se demostró, como única lesión, broncomalacia selectiva del bronquio principal izquierdo, que colapsaba en espiración (fig. 2) y recuperaba su diámetro normal en inspiración (fig. 1). En el lóbulo inferior izquierdo se observó una importante acumulación de secreciones mucopurulentas de las que se tomó una muestra



Fig. 1. Imagen obtenida mediante broncoscopio flexible, en inspiración. Bronquio principal izquierdo (flechas negras) abierto, de aspecto hipoplásico.



Fig. 2. Imagen en espiración donde se observa el bronquio principal izquierdo (flechas negras) completamente cerrado, mientras el derecho conserva su morfología normal.

para estudio bacteriológico, que permitió aislar *Pseudomona aeruginosa*. No se objetivaron lesiones a otro nivel.

Se solicitó una tomografía axial computarizada (TAC) torácica que confirmó los hallazgos radiográficos previos, descartando la presencia de masa o ganglios pulmonares que pudiesen justificar una compresión bronquial extrínseca.

Ante los hallazgos antes mencionados, se decidió pautar tratamiento antibiótico anti-*pseudomona*. La paciente presentó una franca mejoría, por lo que se procedió al alta, en espera de tratamiento definitivo del trastorno de base.

Una semana más tarde la paciente reingresó por un nuevo cuadro neumónico, de idéntica localización. En esta ocasión la paciente no respondió al tratamiento y falleció 15 días más tarde.

## Discusión

Es muy poco lo que se ha publicado sobre la tráqueo-broncomalacia. La mayoría de los artículos se centran en casos pediátricos, tanto por su asociación a determinados síndromes como por la multitud de opciones terapéuticas<sup>6</sup> que en este momento se ofrecen.

En el adulto la broncomalacia, asociada o no a traqueomalacia, es un hallazgo endoscópico frecuente en pacientes con EPOC evolucionada. Así mismo se considera una serie de agresiones sobre el tejido pulmonar como posibles causantes de dicha alteración: tuberculosis, intubación prolongada, cirugía, traumatismo, trasplante o neoplasia pulmonar<sup>7</sup>.

En 1977 Jokinen y Nutinen<sup>8</sup> publicaron una serie de 2.150 bronoscopias; encontraron traqueobroncomalacia en 94 de ellas y broncomalacia como lesión aislada en tan sólo 14. Las enfermedades concurrentes más frecuentes fueron bronquitis crónica, neoplasias y tuberculosis.

Ese mismo año Nutinen et al<sup>9</sup> publicaron el seguimiento, realizado mediante broncoscopia, de una serie de casos de broncomalacia. A los 5 años todos presentaban algún grado de traqueomalacia concomitante.

En el caso aquí expuesto concurren dos circunstancias excepcionales. Por un lado, la paciente no presentaba ningún antecedente de los que habitualmente se consideran causa de broncomalacia en el adulto (el origen congénito parece razonablemente descartado a los 84

años). Por otro lado, presentaba una afección grave y selectiva de un bronquio principal, no demostrándose lesión en ninguna otra zona.

Durante nuestra búsqueda de bibliografía<sup>10-12</sup> sobre el tema (MEDLINE, 1974-1999), tan sólo hemos hallado un caso similar<sup>12</sup> de malacia grave en un bronquio principal, sin causa aparente.

Todo ello nos lleva a plantear la necesidad de buscar, aparte de las ya mencionadas, otras causas de esta patología y, de no hallarlas, contemplar como posibilidad la broncomalacia idiopática en el adulto.

## Agradecimientos

Iván Gallego Gómez por su colaboración en la redacción de este texto.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Finder JD. Primary bronchomalacia in infants and children. *J Pediatr* 1997; 130: 59-66.
2. Palmer SM Jr et al. Lung transplantation for Williams-Campbell syndrome. *Chest* 1998; 113: 534-537.
3. Markert ML et al. Severe laryngomalacia and bronchomalacia in DiGeorge syndrome and CHARGE association. *Pediatr Pulmonol* 1997; 24: 364-369.
4. Toyama K et al. Sleeve lobectomy for tuberculosis bronchial stenosis: a case report. *Kyobu Geka* 1997; 50: 1140-1143.
5. Kshetry VR et al. Early and late airway complications after lung transplantation: incidence and management. *Ann Thorac Surg* 1997; 63: 157-183.
6. Delgado MD et al. The treatment of the tracheobronchomalacia in pediatric age. *Cir Pediatr* 1997; 10: 65-69.
7. Feist JH et al. Acquired tracheomalacia: etiology and differential diagnosis; critical review. *Chest* 1975; 68: 340-345.
8. Jokinen K et al. Acquired tracheobronchomalacia. *Ann Clin Res* 1977; 9: 52-57.
9. Nuutinen et al. Acquired tracheobronchomalacia. A bronchological follow-up study. *Ann Clin Res* 1977; 9: 359-364.
10. Takayama S et al. Akase of Bronchomalacia. *Nippon Kyobu Shikkan Gakkai Zasshi* 1982; 20: 461-466.
11. Lee P et al. Left bronchial isopermerism associated with bronchomalacia, presenting with intractable wheeze. *Thorax* 1991; 46: 459-461.
12. Cohn JR. Localized bronchomalacia presenting as whorsering asthma. *Ann Allergy* 1985; 54: 222-223.