

ENFISEMA CONGENITO LOBAR

Dr. F. Paris Romeu

Se presenta un caso de enfisema congénito lobar cuya historia clínica es la siguiente: Niño de tres meses, natural de Sagunto, sin antecedentes infecciosos o traumáticos en el embarazo de la madre. Tampoco enfermedades congénitas entre los antecedentes familiares. La madre nos cuenta que su hijo, a los pocos días de nacer, presentaba dificultad respiratoria que poco a poco iba en aumento, llegando a tener gran disnea con sub-cianosis y fuerte estridor que ella misma percibía. El parto había sido normal con presentación de vértice y no existían antecedentes de aspiración de cuerpos extraños ni infecciones respiratorias.

Desde entonces hasta ahora, la sintomatología no ha desaparecido, y aunque con algunos períodos de atenuación, en conjunto toda ella ha ido agravándose hasta presentar el estado actual en que el trastorno es intenso, achacándolo la madre a que hace unos días se ha costipado.

A la exploración vemos un enfermo bastante bien desarrollado, con discreta cianosis, y grave disnea, acompañado de respiración estridulosa con cornaje y tiraje, empleando el niño toda la musculatura auxiliar para respirar.

El tórax presenta asimetría abombando más el lado izquierdo. Existe discreto resalte de las yugulares y circulación colateral. El latido de la punta está desviado hacia el lado sano. A la percusión, exagerado timpanismo en el lado izquierdo. A la auscultación, disminución del murmullo vesicular en dicho hemitórax, que presenta especial resonancia metálica. Esto es más acusado en el plano anterior que en el posterior. No existe artropatía neumática, ni tampoco edema en esclavina.

Radiográficamente llama la atención la grave desviación mediastínica hacia el lado derecho, estando el hemitórax izquierdo más claro. Sin embargo, la claridad no es debida a ausencia de parénquima ni existencia de una zona quística, sino que se debe a una zona pulmonar enfisematosa con sus vasos y trama conectiva que forman una serie de tabiques que cruzan el lóbulo superior (radiografía de perfil). Dicha zona de enfisema, está localizada al lóbulo superior que en gran parte hace hernia hacia el hemitórax derecho.

Dada la gravedad de la compresión mediastínica, indicamos a la familia la conveniencia de una operación urgente que a pesar de nuestra insistencia la rechazan. Con posterioridad, hemos sabido que el enfermo murió a las pocas semanas de haberlo visto, sin que volviera a venir por nuestra consulta.

A la vista de este caso, se hacen las consideraciones oportunas con respecto a la frecuencia, etiología, diagnóstico y tratamiento de esta rara afección.

Aunque sin precisar del todo exactamente, se considera que de esta enfermedad no hay más que un centenar de casos publicados. En 1958, FISCHER describe 38 casos. En 1959, DELARRUE en el Congreso de Bronquios de Madrid,

señala la existencia de 62, y en 1962, FONTAN los calcula en número de 100. En la literatura española, hemos recogido el caso de CLARET y el nuestro propio.

Con respecto a la etiología de esta afección, llama la atención en nuestro enfermo, la ausencia de aspiración de cuerpos extraños, la falta de antecedentes infecciosos, y de patología tumoral o vascular que pudiese comprimir al bronquio para dar una zona de enfisema localizado; debiendo recurrir por ello a la patología de la broncomalacia por defecto del cartílago, que haría atrapar al aire en la aspiración por el aplastamiento del bronquio patológico.

Se hace el diagnóstico diferencial con el quiste aéreo de pulmón, el neumotórax espontáneo y la hernia diafragmática.

Como tratamiento, se indica siempre la intervención quirúrgica urgente, lamentando que en nuestro caso no la siguieran los familiares y falleciera de este modo un niño que podíamos haber salvado.

REVISTA ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA

REVISTA ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA

REVISTA ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA

REVISTA ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA

REVISTA ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA