

Caso clínico: Niña de 18 meses con neumonía recurrente del lóbulo inferior derecho

Dr. Escobar, Kenneth⁽¹⁾, Dra. Chávez, Milagro⁽¹⁾, Dra. Arriola Aura⁽¹⁾,
Dra. Orellana Elisabeth⁽²⁾

1. Departamento de Pediatría, Hospital Regional de Occidente, Quetzaltenango, Guatemala.

2. Departamento de Patología, Hospital Universitario Esperanza, Ciudad de Guatemala, Guatemala.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 1 año 6 meses de edad, originaria del área rural de nuestro departamento, quién consultó por tos y fiebre de 8 días de evolución. Los síntomas iniciaron ocho días antes de la consulta, acudió al servicio de atención primaria de su localidad donde le prescribieron tratamiento con antibióticos orales y acetaminofén por el diagnóstico clínico de neumonía.

Entre sus antecedentes médicos menciona dos hospitalizaciones en centros de atención primaria de su localidad, la primera a los cinco meses de vida por neumonía, recibiendo tratamiento con antibióticos endovenosos y mucolíticos, con mejoría clínica; la segunda hospitalización fue a los diez meses de vida, de nuevo por un diagnóstico de neumonía derecha, en esta ocasión recibiendo tratamiento antibiótico por vía oral durante diez días y mucolíticos.

La exploración física de ingreso evidencia una paciente en regular estado general y nutricional, un peso de 6.8 kg y una talla de 71 cm, taquicárdica y taquipnéica, temperatura rectal de 38.5 °C, palidez leve, torax simétrico, se auscultan estertores crepitantes basales derechos con marcada disminución de la entrada de aire en dicha región, el resto de la exploración es normal.

La radiografía de tórax AP y lateral evidencia la presencia de una imagen radiopaca, grande, que compromete la región del lóbulo inferior derecho, respetando los límites del lóbulo superior y medio, enfisema pulmonar contralateral compensatorio. En principio, se considero que esta imagen podría corresponder a una neumonía consolidada del lóbulo inferior derecho, pero por su extensión y el antecedente de dos eventos previos similares que precisaron hospitalizaciones se decide llevar a cabo una tomografía torácica. La tomografía torácica (Figura 1) evidenció la presencia de una masa quística, multiloculada, que compromete toda la región correspondiente al lóbulo inferior derecho, y la presencia de un sutil derrame pleural ipsilateral. Entre los diagnósticos diferenciales de malformaciones congénitas torácicas se incluye la malformación adenomatoidea quística y el secuestro pulmonar, por lo que se indica una angio resonancia magnética nuclear para determinar la irrigación de dicha masa.

El resultado de la angioRMN es la presencia de una masa multiquística que muestra múltiples septos que separan las lesiones quísticas de diversos tamaños, la masa mide 6.6 x 4.4 cm de diámetro, está localizada en lóbulo inferior derecho, recibe su irrigación de una rama de la arteria pulmonar derecha descendente y su drenaje venoso lo hace a través de la vena pulmonar derecha inferior.

La paciente es sometida a una toracotomía derecha para la resección de la masa, que compromete exclusivamente la región que corresponde al lóbulo inferior derecho, el lóbulo superior y medio se observan durante la cirugía con un aspecto normal.

El espécimen resecado se envía para estudio anatómo patológico y corresponde a una masa de tejido pulmonar quístico, que mide 7 cm de largo por 5 cm de ancho, con quistes en su interior llenos de material mucinoso y purulento, los quistes miden en promedio más de dos centímetros de diámetro, y los cortes histológicos revelan la presencia de tejido cuboidal pseudoestratificado ciliado que recubre el interior de los quistes y abundantes neutrófilos, no se observa la presencia de bronquiolos ni tejido alveolar. El diagnóstico histológico corresponde a una malformación adenomatoidea quística tipo I en la clasificación de Stocker.

Discusión

Las malformaciones adenomatoideas quísticas comprenden aproximadamente 25% de las malformaciones congénitas torácicas, aún así, son extremadamente raras, su etiología es poco comprendida⁽¹⁾, y se precisa de una alta sospecha clínica para orientar tempranamente su diagnóstico. En el caso que presentamos, su presentación fue en forma de infecciones pulmonares a repetición que comprometían únicamente el territorio del lóbulo inferior derecho, al ser un paciente nacido en el área rural, la madre nunca se realizó ecografías prenatales, esta situación nos orientó a investigar más la presentación atípica de esta neumonía en nuestro paciente, dando como resultado el hallazgo incidental de esta malformación. Es importante mencionar que antes de someter a estos pacientes a tratamiento quirúrgico, se debe de realizar algún tipo de estudio angiográfico, ya que existen masas híbridas que comparten características de malformación adenomatoidea quística y secuestro pulmonar⁽²⁾ de esta manera los cirujanos estarán preparados para enfrentar la situación a encontrar en el acto quirúrgico. Su clasificación histológica no ha cambiado

Correspondencia: Dr. Kenneth Escobar. Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico, Departamento de Pediatría, Hospital Regional de Occidente. Labor San Isidro zona 9, Quetzaltenango 09001, Guatemala. Teléfono y Fax: (502) 77635140 ext. 299. E-mail: kvesco@gmail.com



Figura 1.- Tomografía axial computada que revela la presencia de una masa quística multiloculada correspondiente al lóbulo inferior derecho.

drásticamente en los últimos 25 años⁽²⁾, aunque Stocker ha presentado recientemente una ampliación de su clasificación^(3,4), otros autores aún consideran que debe de validarse más la utilidad de esta última⁽²⁾.

REFERENCIAS

- 1) Cobos N, Gonzalez E: Tratado de Neumología Infantil. Ergon 2003: 236 -237
- 2) Langston C: New concepts in the pathology of congenital lung malformations. *Semin Pediatr Surg* 2003;12:17 -37
- 3) Stocker JT, Drake RM: Congenital Cystic Malformation of the Lung. Classification and Morfologic Spectrum. *Human Pathol*, 1977;8:155 -171
- 4) Stocker JT: Congenital airway malformation -a new name and expanded classification of congenital cystic adenomatoid malformation of the lung. *Histopathology* 2002;41:424S -431S.