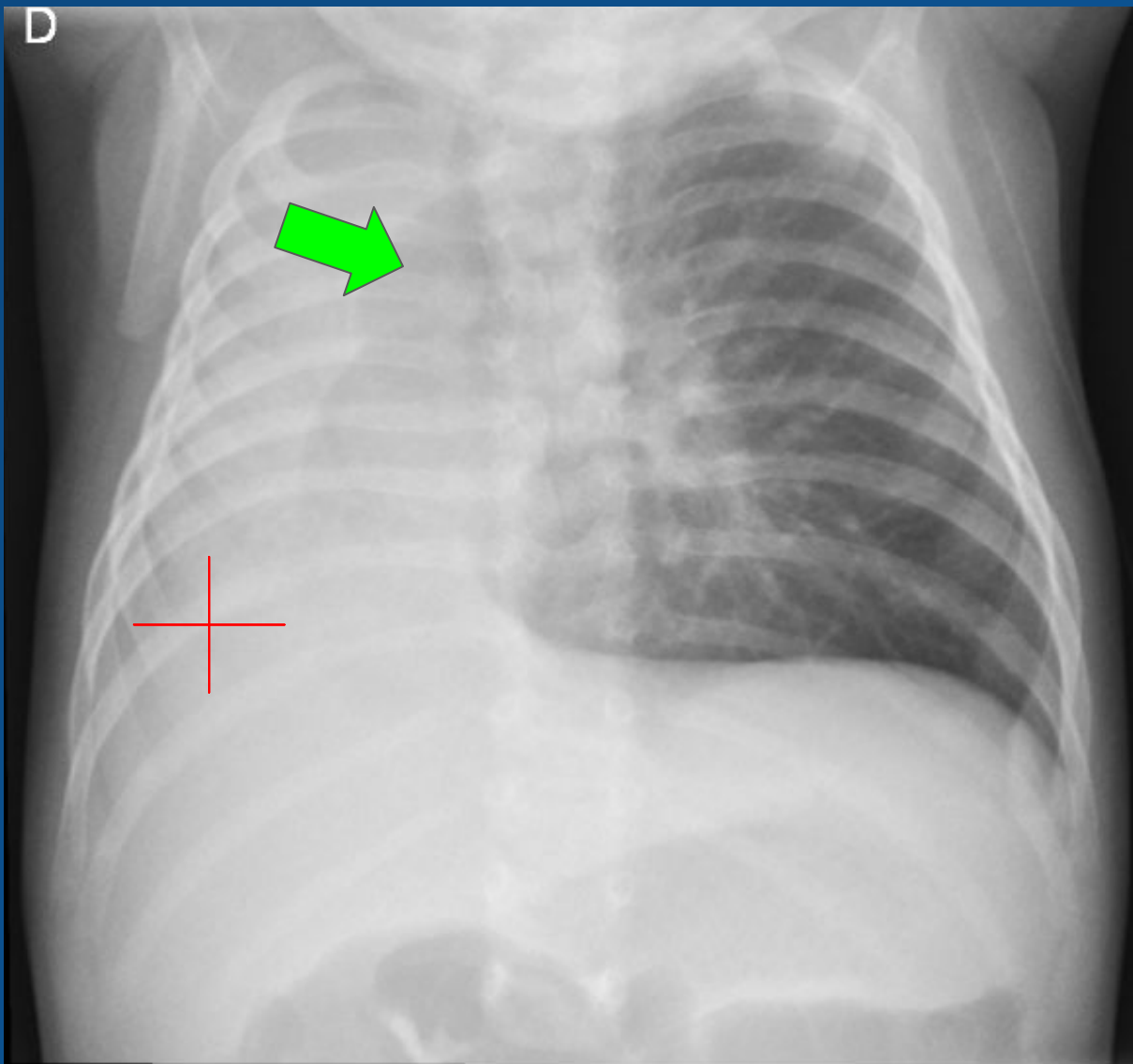


PULMÓN ESOFÁGICO

Autores: Castro MC*, Cermeño C., Lostra J., Rizzi A.
Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan P. Garrahan.

Caso clínico:

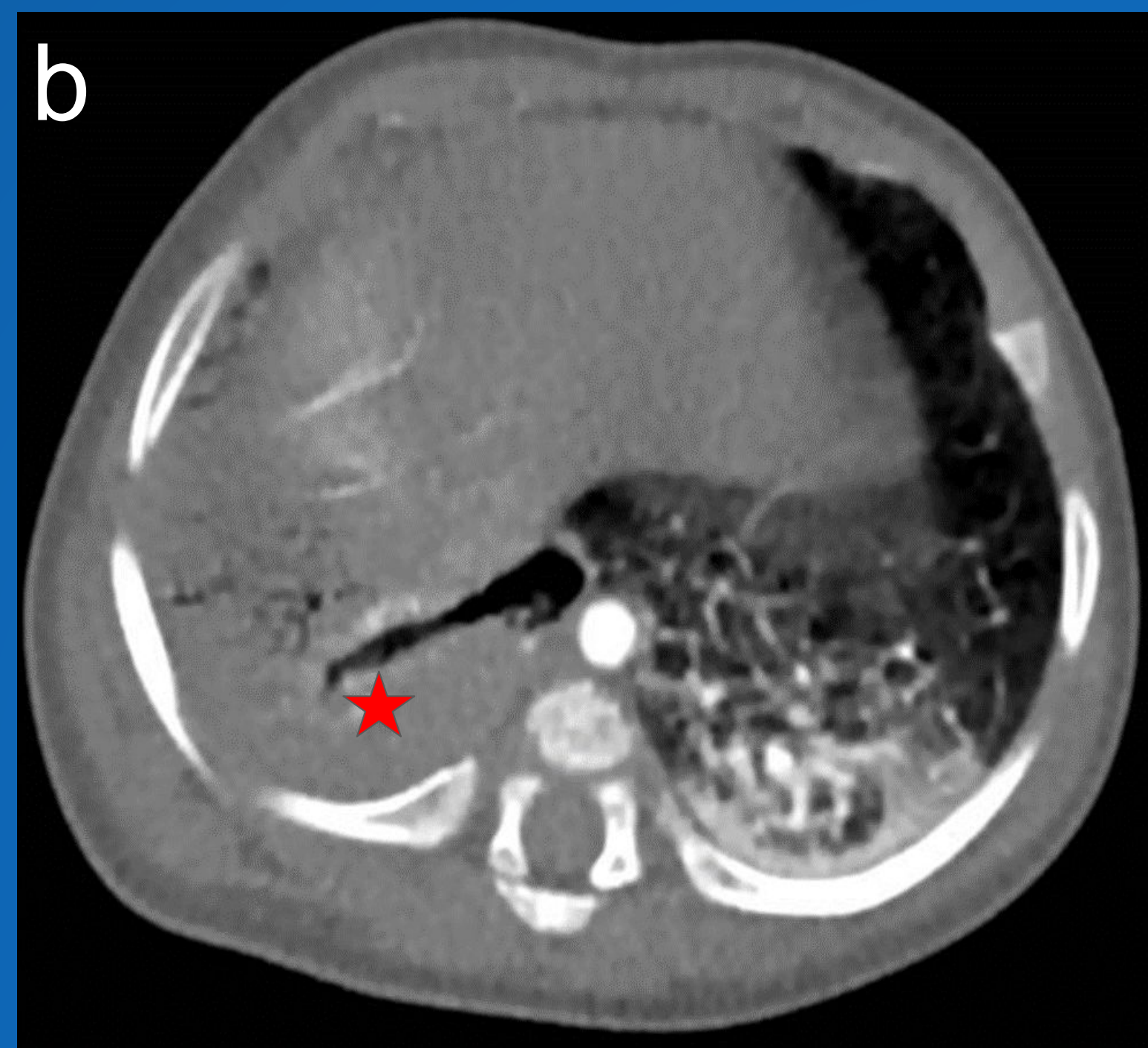
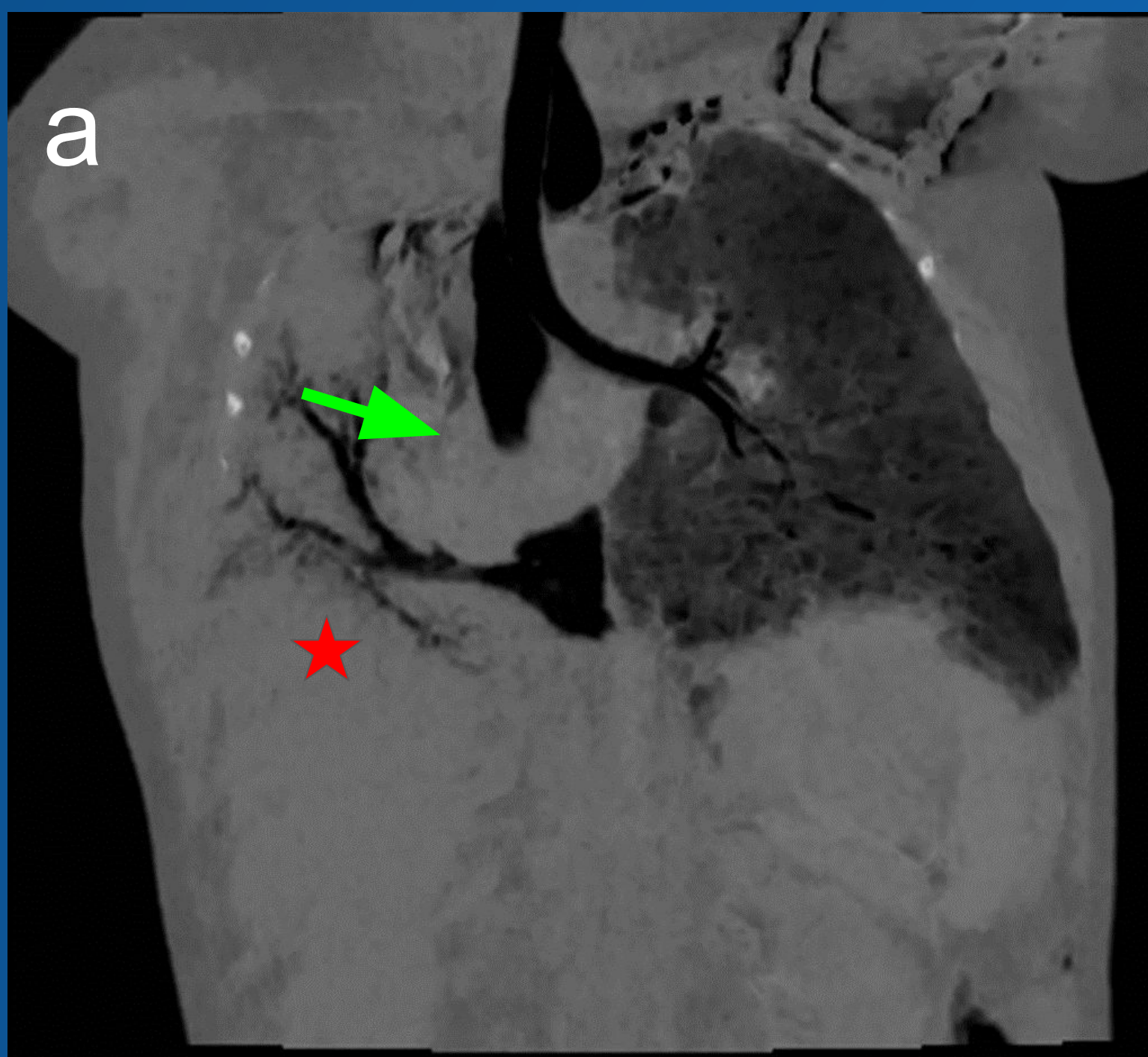
Se presenta paciente femenina de 6 meses de edad con antecedente de síndrome genético en estudio, cursando infección respiratoria con opacificación pulmonar derecha. Se realiza radiografía de tórax que evidencia **hemitórax derecho opaco** con desviación ipsilateral del mediastino. Presentó broncofonía derecha, por lo que se realiza endoscopia respiratoria que muestra **agenesia de bronquio fuente derecho**, bronquio fuente izquierdo presente, rotado hacia la derecha.



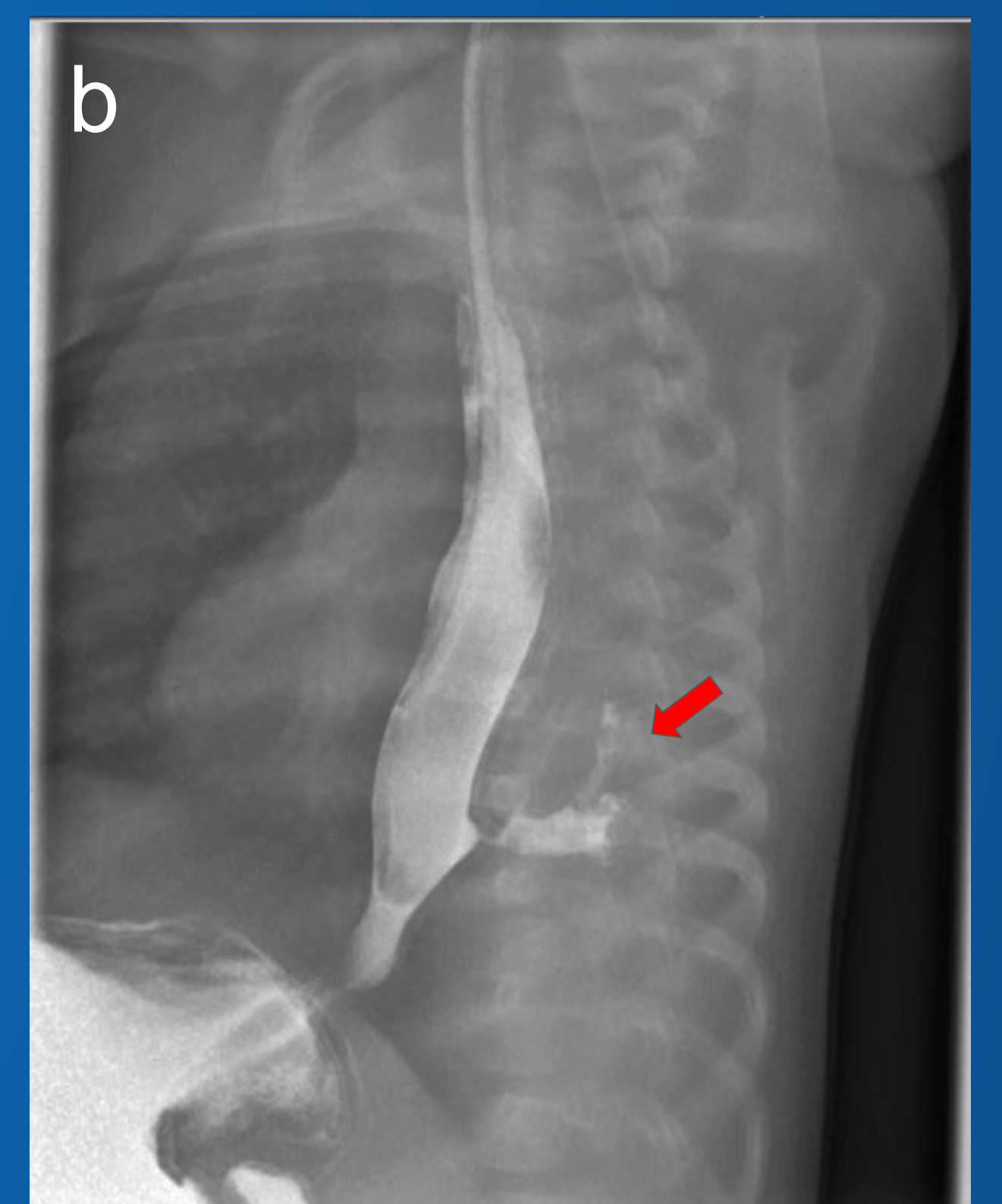
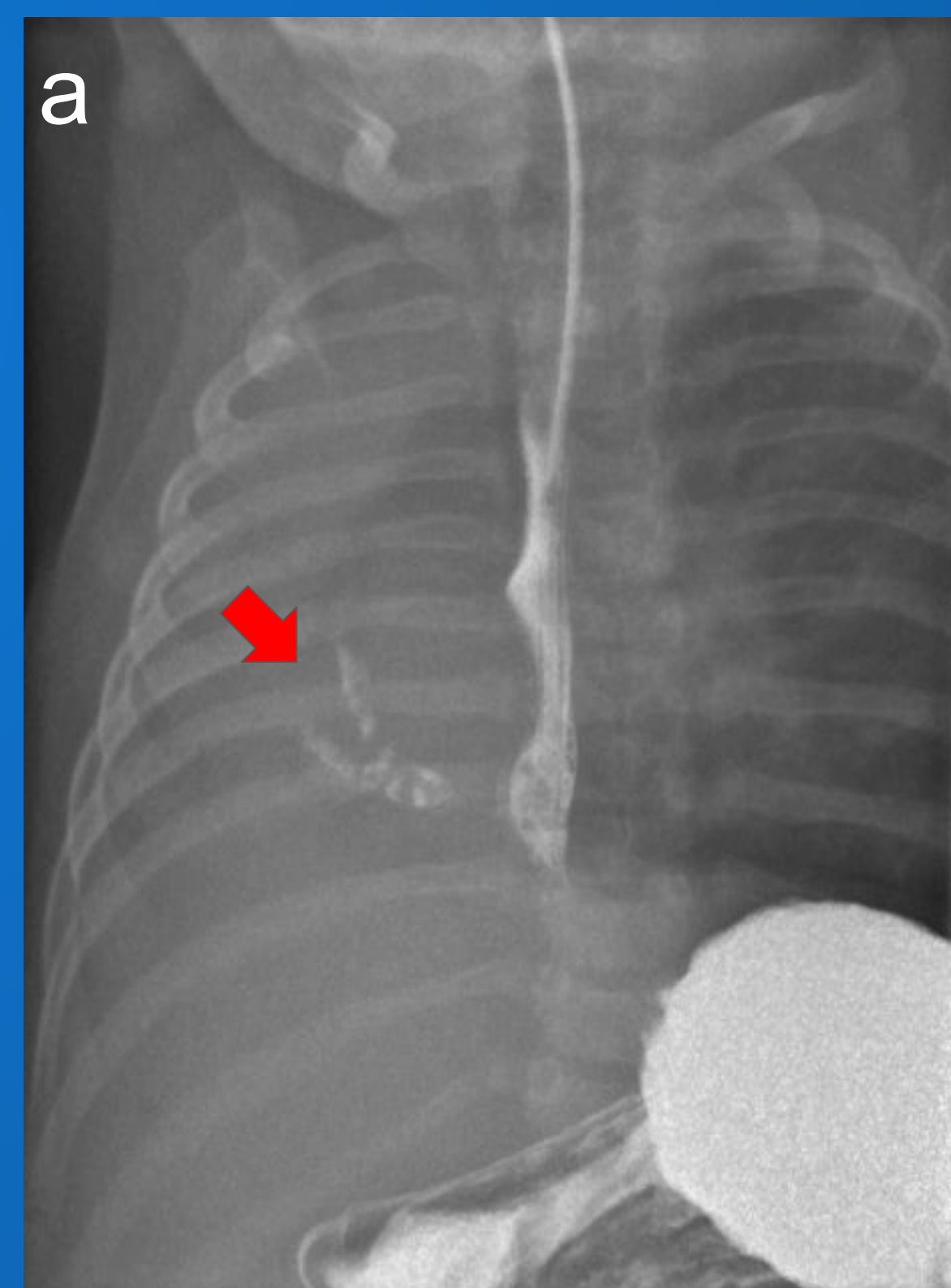
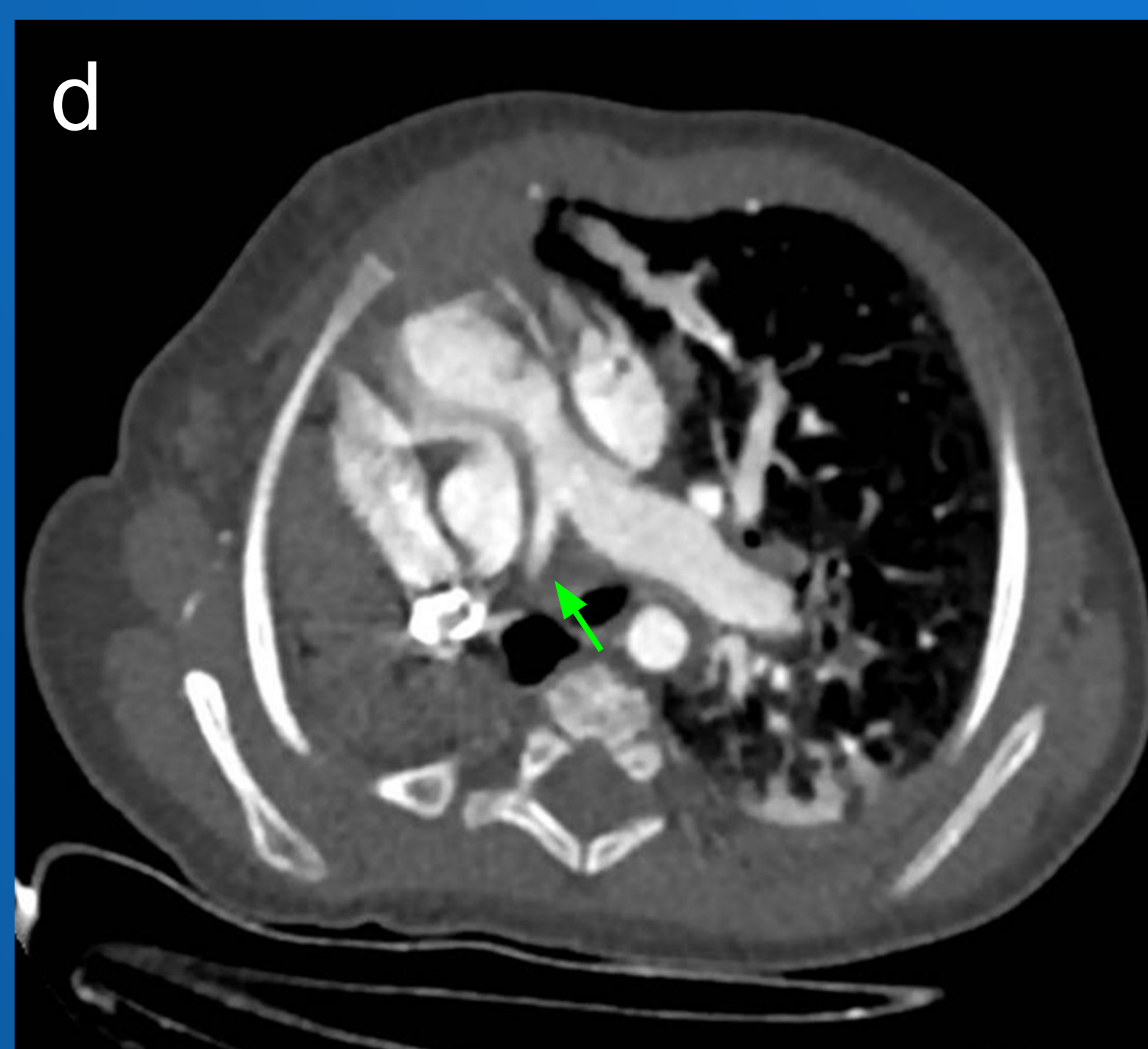
Rx de Tórax frente: opacidad total de hemitórax derecho.

Hallazgos imagenológicos:

- Ausencia de bronco fuente derecho, en hemitórax inferior derecho se observa parénquima con consolidación alveolar y broncograma aéreo, con bronquio comunicante a esofago distal.
- Única vena pulmonar inferior derecha de pequeño calibre, colateral de aorta descendente al pulmón derecho.
- Mediastino desviado a la derecha con dextrocardia. Pulmón izquierdo aumentado de tamaño, compensatorio.



Para confirmar la existencia de una conexión aéreo-digestiva, se realiza estudio contrastado esofagogastro-duodenal (SEGD) con sonda, que evidencia la presencia de una fístula esofágica en el tercio inferior.



SEGD: proyección frente (a) y perfil (b) a nivel de tercio distal esofágico se observa fuga de material de contraste hacia la derecha y posterior con presencia de contraste en lóbulo pulmonar inferior derecho. Esófago proximal y medio de calibre y configuración conservados.

TCMC de tórax c/cte: (a) corte coronal y (b) corte axial, con ausencia de bronquio fuente derecho, hemitórax inferior derecho con consolidación y broncograma. Corte coronal (c) y axial (d) se observa vena pulmonar única derecha, colateral de aorta descendente.

Discusión

Las malformaciones comunicantes del intestino anterior broncopulmonar, son anomalías producidas por falta de involución del pedículo hiliar originado de un primordio pulmonar esofágico. De acuerdo con la clasificación de Srikanth, los hallazgos corresponden a una malformación tipo 2.

La severidad clínica se encuentra directamente relacionada con la cantidad de parénquima funcional remanente, así como con las anomalías asociadas.

Bibliografía:

1. Badhe PV, Bairy A, Huruli KS. Oesophageal lung: a rare cause of complete hemithorax opacification. BMJ Case Report;13:e234539. doi:10.1136/bcr-2020-234539.
2. Xihong Hu, Lin Wu. Esophageal lung in association with pulmonary vascular anomalies. Lung images 196, 631-632 (2018). doi.org/10.1007/s00404-018-014701.

Conclusión

El pulmón esofágico es una entidad poco frecuente que debe ser considerada entre los diagnósticos diferenciales en pacientes con infecciones pulmonares a repetición en la edad pediátrica.

La tomografía multicorte es el estudio de elección para el diagnóstico definitivo de esta entidad y valoración de anomalías vasculares.

