

SESION CLINICA

RECIEN NACIDO CON IMAGEN TORACICA DENSA

X PASTOR, J FIGUERAS

Presentamos un recién nacido varón de 48 horas de vida que ingresa por cianosis, bradicardia e hipotonía. Es fruto de la séptima gestación de una madre añosa de 41 años de edad entre cuyos antecedentes sólo resaltan tres abortos previos al embarazo actual, dos de ellos provocados. Este embarazo fue bien controlado, permaneció ingresada en el Departamento de Obstetricia por amenaza de parto prematuro, recibiendo en aquel momento ritodrine, indometacina y betametasona para frenar la dinámica uterina e inducir la maduración pulmonar fetal. En la semana 42 de gestación se decidió la práctica de una cesárea electiva por embarazo prolongado y malos antecedentes obstétricos. El test de Apgar fue de 8, 9 y 10 con un pH de arteria umbilical de 7,27 y un peso de 3.190 g. Al no existir patología presente ni

probable pasó a nursery. En la exploración rutinaria se apreciaron unos rasgos dismórficos con epicantus bilateral, nariz roma, micrognatia y displasia auricular con baja implantación, siendo el resto normal. A las 48 horas de vida presentó bruscamente cianosis, bradicardia e hipotonía que se recuperaron tras aspirar secreciones orofaríngeas (leche y mucosidades) y ventilar con ambú y oxigenoterapia. Durante su permanencia en la nursery había tolerado bien la alimentación oral con lactancia artificial, efectuando deposiciones meconiales y micciones normales.

Exploración de ingreso: temperatura axilar de 36,8°C, frecuencia cardiaca de 160^x, frecuencia respiratoria de 72^x, presión arterial 70/32 mmHg, peso de 2.980 g., perímetro craneal de 34,5 cm y talla de 49 cm. A la inspec-

ción se evidenció palidez de piel y tiraje subcostal simétrico, en la auscultación estertores crepitantes y subcrepitantes en hemitórax derecho plano posterior. El campo pulmonar izquierdo era normal así como los tonos cardiacos puros y los pulsos periféricos presentes. El abdomen blando y deprimible, no revelaba la existencia de masas abdominales.

Exámenes complementarios: hematocrito: 60%, hemograma completo con $5.890.000$ hematíes/ mm^3 , 6.400 leucocitos/ mm^3 , siendo la fórmula leucocitaria la siguiente: 6 cayados, 56 segmentados, 33 linfocitos y 5 monocitos. La gasometría en sangre capilar arterializada con FiO_2 ambiental de 0,3 mostraba un $\text{pH} = 7,26$, $\text{pCO}_2 = 61,4$ mmHg, $\text{pO}_2 = 57$ mmHg y E.B. = + 0,1.

COMENTARIO

La radiografía de tórax al ingreso (Fig. 1) muestra una opacificación difusa del hemitórax derecho, cuya densidad es homogénea, desdibujando la silueta cardíaca derecha y el diafragma homolateral. No existe desplazamiento mediastínico, que se ensancha en su porción superior por la superposición de una imagen de reborde festoneado, probablemente timo. El campo pulmonar izquierdo es normal y se halla ligeramente hiperventilado. Llama la atención la altura alcanzada por el ángulo hepático del colon que distorsiona la



Figura 1. Radiografía de tórax en el momento del ingreso.

silueta hepática. En este momento, por los datos clínicos, analíticos y radiológicos, se estableció el diagnóstico de síndrome de aspiración con posible componente atelectásico, aunque no concuerda con el buen centraje mediastínico y la ausencia de pinzamiento costal. Por los mismos datos citados anteriormente se descartó cualquier proceso infeccioso. El niño fue empeorando clínica y gasométricamente, por lo que precisó intubación y ventilación controlada, tras lo cual se practicó una segunda radiografía de tórax, (Fig. 2). En dicho documento se delimita mejor la imagen densa que ocupa el campo pulmonar derecho, bien

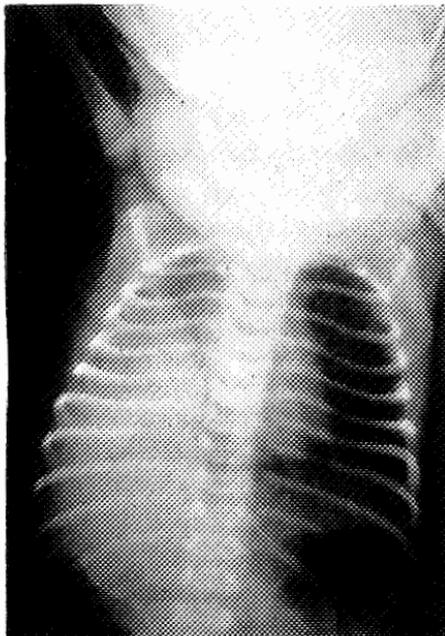


Figura 2. Radiografía de tórax tras inicio de la ventiloterapia.

definida, lobulada, densidad homogénea, extrapleurales y extramediastínicas y localización posterior. Persiste la distribución anómala del aire intestinal.

Ante esta imagen se estableció un amplio diagnóstico diferencial. La aspiración pasa a un segundo plano por la buena limitación de la imagen y por no tratarse de la localización típica que generalmente afecta al lóbulo superior derecho. El diagnóstico más probable aquí es el de hernia diafragmática con paso de hígado por el hiato de Bochdalek e hipoplasia pulmonar derecha; no obstante caben otras posibilidades dentro de las malformacio-

nes o neoformaciones pulmonares. Entre las primeras se debe considerar la hipoplasia pulmonar primitiva aislada, pero en este caso el mediastino estaría muy desplazado a la derecha; el quiste broncogénico suele ser de menor tamaño, características nodulares y generalmente se sitúa próximo al mediastino. El secuestro pulmonar se asienta con mayor frecuencia en el lóbulo inferior izquierdo y no suele manifestarse tan precozmente. La malformación adenomatosa quística en fases iniciales muestra un aspecto denso, pero los bordes no están tan bien definidos y existen zonas más claras en su interior. No puede descartarse un hamartoma pulmonar aunque generalmente son más pequeños. El quiste pericárdico queda descartado también por las características extramediastínicas de la imagen en cuestión y por lo mismo no se consideran los tumores mediastínicos en este diagnóstico diferencial. Por la densidad y localización de la imagen podría tratarse de una malformación arteriovenosa pero su gran tamaño implicaría la existencia de signos de insuficiencia cardíaca. La colección de líquido seroso o sangre en las cisuras pulmonares podría dar imágenes parecidas. Otras posibilidades incluirían metástasis de algún tumor neonatal (neuroblastoma, etc.) o la existencia de un tumor primitivo excepcional como el sarcoma pulmonar primitivo. Por último cabe considerar el riñón ectópico.

Para confirmar el diagnóstico se practicó un neumoperitoneo con la intención de constatar el ascenso del aire por el saco herniario hacia la cúpula de la masa pulmonar. Sorprendentemente (Fig. 3), se aprecia una distribución normal del aire en semi-luna, siguiendo el reborde hepático y dibujando el diafragma derecho. Aquí se orientó el diagnóstico más probable hacia un problema pulmonar relegando a un segundo plano la hernia diafragmática. Tras esto se realizó una tomografía computarizada tóraco-abdominal como prueba complementaria diagnóstica.

Dr. X. Querol: En esta tomografía computarizada (Fig. 4) se aprecia una

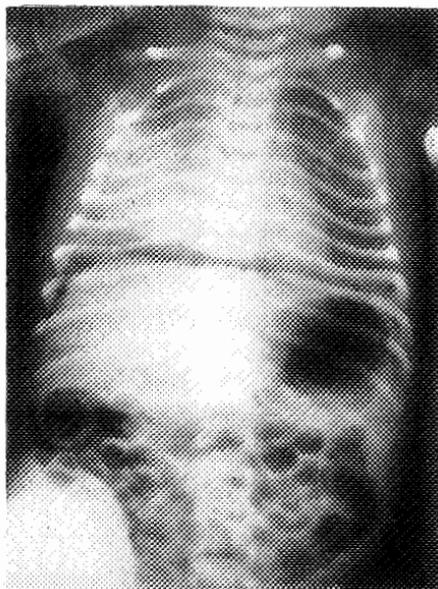


Figura 3. Neumoperitoneo diagnóstico.

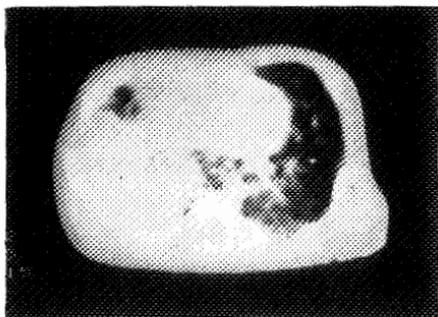
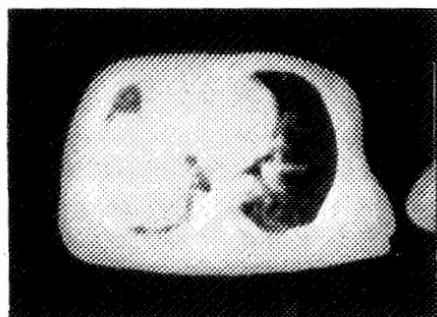
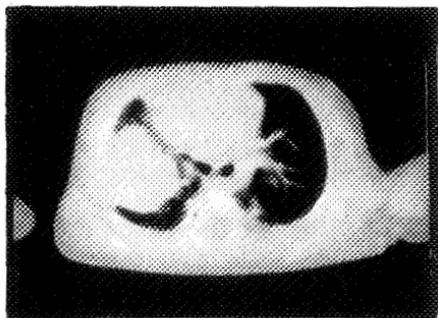
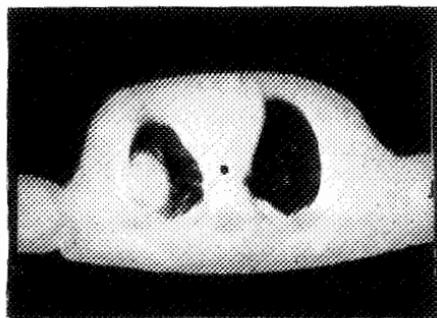


Figura 4. Tomografía computarizada tóraco-abdominal.

masa homogénea, bien limitada, que ocupa el hemitórax derecho y se extiende desde el vértice pulmonar hasta la base. En su porción más inferior se convierte en posterior y se une a la imagen hepática. La densidad radiológica de la masa es idéntica a la del hígado y al administrar contraste endovenoso ambos adquieren la misma densidad. El riñón derecho se visualiza algo ascendido en cavidad abdominal y su morfología es normal. El mediastino y campo pulmonar izquierdo son normales. No se aprecian calcificaciones.

Diagnóstico radiológico: "Hernia diafragmática derecha con paso de hígado a cavidad torácica".

Dr. L. Morales: Ante el resultado del neumoperitoneo era difícil mantener el diagnóstico de hernia diafragmática y se fue a la intervención pensando en la alternativa de hallar una masa de origen pulmonar. Tras la toracotomía nos encontramos con un pulmón derecho muy hipoplásico reducido a una lengüeta de parénquima pulmonar completamente adherida al lóbulo derecho del hígado que ocupaba el resto del hemitórax derecho. Igualmente el hígado se hallaba íntimamente adherido por una sinequia a la pleura parietal y al anillo herniario, lo cual explicaba la imposibilidad de que el aire peritoneal introducido en el neumoperitoneo diagnóstico, pasase a cavidad torácica. En nuestra experiencia éste es el primer caso de

falso negativo diagnóstico del neumoperitoneo en la hernia diafragmática derecha, por una pleuro-peritonitis plástica de etiología desconocida. Ante la imposibilidad de reducir la hernia se optó por finalizar la intervención.

DISCUSIÓN

Diagnóstico postoperatorio: "Hernia diafragmática derecha tipo Bochdaleck, con paso de hígado a cavidad torácica. Pleuroperitonitis adhesiva. Hipoplasia pulmonar derecha".

Dr. M. Lambruschini: Me gustaría preguntar a los que llevaron el enfermo por qué no se prefirió la realización de una gammagrafía hepática.

Dr. J. Figueras: Aunque la gammagrafía hepática hubiese sido una prueba más específica, pensando en una hernia diafragmática derecha, optamos por la práctica de la tomografía computarizada tóraco-abdominal porque en caso de tratarse de una masa pulmonar no hepática nos hubiera ofrecido mucha mayor información.

Dr. S. Ferrer Pi: De todas maneras por la clínica y la primera radiografía cabía el diagnóstico inicial de aspiración con atelectasia masiva de lóbulo inferior derecho, que produjese una gran elevación del diafragma homolateral. Recordemos que existió un intervalo libre de sintomatología de hasta 48 horas.

Dr. R. Jiménez: De acuerdo con el

Dr. Ferrer-Pi, si bien me gustaría resaltar que a pesar del amplio diagnóstico diferencial expuesto, la comprobación radiológica de la distribución anómala del aire intestinal, desdibujamiento diafragmático derecho, amputación de la silueta hepática y masa pulmonar en el recién nacido, el primer diagnóstico sigue siendo el de hernia diafragmática derecha.

Dr. Figueras: Ante la imposibilidad

de la retirada gradual de la ventiloterapia, se optó por efectuar una neumectomía derecha con hepatectomía parcial para disminuir al máximo el shunt intrapulmonar y el espacio muerto que dejaba el pulmón hipoplásico. El postoperatorio ha sido satisfactorio y el niño se encuentra en la actualidad con alimentación oral, curva del peso ascendente y ausencia de patología.