

HIPOPLASIA PULMONAR EN PACIENTE ADULTO

Dr. Ignacio Lasierra Lavilla¹ / Dr. Mario Nicolás Albani Pérez² / Dr. Daniel Rubio Castro¹

¹ Servicio de Medicina Interna. Hospital General Obispo Polanco. Teruel

² Servicio Neumología. Hospital Obispo Polanco. Teruel

RESUMEN

Presentamos el caso de una mujer de 69 años que fue diagnosticada de una hipoplasia pulmonar no conocida hasta entonces.

La hipoplasia pulmonar es una rara patología que puede tener numerosas etiologías. Suele presentarse en la infancia y está relacionada con otras malformaciones. En algunos casos menos severos pueden llegar asintomáticos hasta la edad adulta. La clínica es muy variada y el diagnóstico suele conseguirse con pruebas de imagen como la RNM o la TC. El tratamiento en la edad adulta es conservador.

PALABRAS CLAVE

Hipoplasia pulmonar, hemoptisis, TC

ABSTRACT

We present the case of a 69-year-old woman who was diagnosed with previously unknown pulmonary hypoplasia.

Pulmonary hypoplasia is a rare pathology that can have several etiologies. It usually presents in childhood and is related to other malformations. In some mild cases they can be asymptomatic until adulthood. The clinic is very varied and the diagnosis is usually achieved with imaging tests such as MRI or CT. The treatment in adulthood is conservative.

KEYWORDS

Pulmonary hypoplasia, hemoptysis, CT

Notas Clínicas

CASO CLÍNICO

Mujer de 69 años sin antecedentes de interés que acudió a Urgencias por presentar clínica de un mes de evolución caracterizada por tos sin expectoración y disnea de moderados esfuerzos, que habían aumentado en las últimas 48 horas. No presentó fiebre.

En la exploración destacaba una saturación de oxígeno basal del 76%, que aumentó hasta 92% con gafas nasales a 2 litros por minuto, y una auscultación pulmonar con ruidos disminuidos en hemitórax izquierdo y crepitantes en base derecha.

La analítica no presentó alteraciones significativas y se realizó una radiografía de tórax en la que se objetivó signos de pérdida de volumen en hemitórax izquierdo con posible derrame pleural asociado y componente atelectásico, así como hiperinsuflación compensadora del

pulmón derecho con desplazamiento mediastínico (Fig. 1). Durante el ingreso, se decidió completar estudio con una tomografía computarizada (TC) de tórax donde se confirmó una pérdida de volumen completa del pulmón izquierdo (ausencia de aireación de todo el parénquima) y desplazamiento ipsilateral de estructuras mediastínicas, con hiperinsuflación compensadora del pulmón derecho (Fig. 2 y 3). Además, se descartó la presencia de derrame pleural. Todo ello compatible con hipoplasia pulmonar izquierda.

La paciente se mantuvo estable durante su estancia hospitalaria, presentando saturaciones de oxígeno (O₂) del 80-85% basal, estando asintomática. Se descartó patología aguda descompensadora. Valorada por el servicio de Neumología se le pautó tratamiento con broncodilatadores y oxigenoterapia domiciliaria con O₂ a bajos flujos.

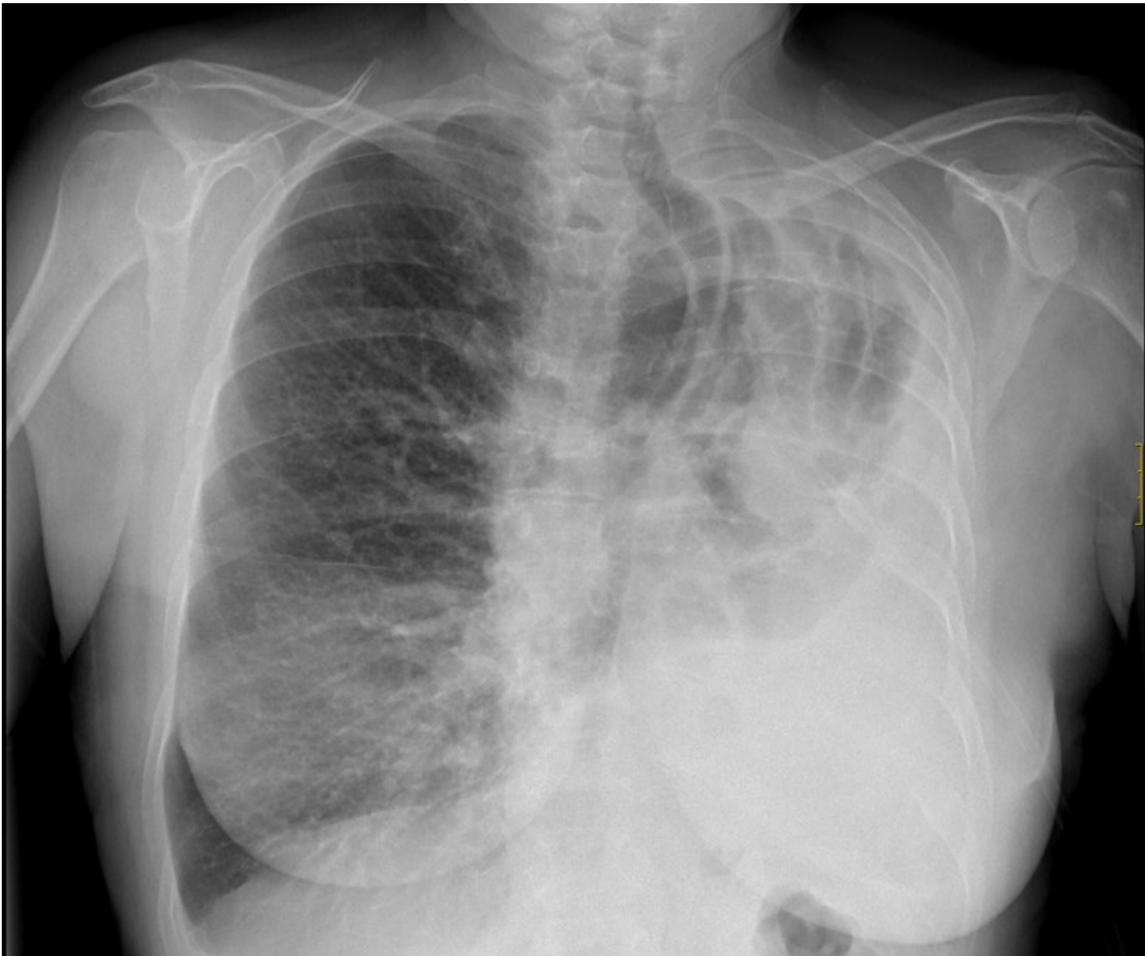


Fig. 1. Radiografía postero-anterior de tórax.

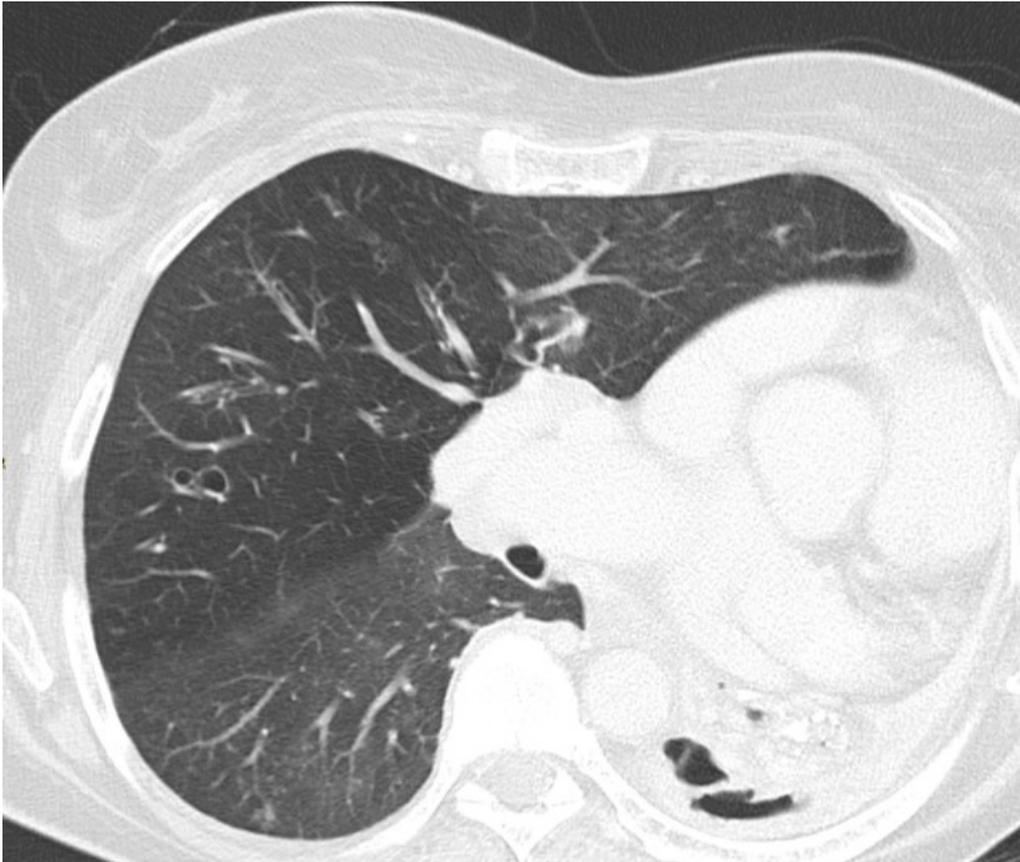


Fig. 2. TC torácico (ventana pulmonar). Corte transversal.

DISCUSIÓN

La hipoplasia pulmonar se trata de una rara patología que en la mitad de los casos puede relacionarse con otras malformaciones. Normalmente, es diagnosticada en la infancia al presentar frecuentes infecciones respiratorias, fallos cardiorrespiratorios o hemoptisis (1). La incidencia en la población general oscila entre 9 y 11 por cada 10000 nacidos vivos (sin incluir los casos menos graves, asintomáticos al nacer). La mortalidad perinatal es elevada (55-100%) y su prevalencia en autopsias neonatales es del 8 al 22%, mientras que más del 85% de ellos coexisten con otros trastornos del desarrollo relacionados². Los casos menos severos pueden permanecer asintomáticos hasta la edad adulta y ser diagnosticados de forma casual al realizar una prueba de imagen, tal como ocurrió en el caso expuesto².

Existen numerosas etiologías que pueden producir una hipoplasia pulmonar, como la ocupación del tórax por otras estructuras, malformaciones óseas o digestivas, o incluso apare-

cer como secuela de un proceso infeccioso en la infancia. En raras ocasiones, como ocurre en este caso, no se encontró una causa (hipoplasia primaria o idiopática)².

La clínica es muy variable, pudiendo causar desde fallos respiratorios severos o hemoptisis masivas en neonatos, hasta llegar asintomáticos a la edad adulta^{2,3}.

El diagnóstico mediante radiografía resulta complicado debido a la hiperinsuflación que se produce en el pulmón contralateral, reproduciendo una imagen similar a una atelectasia, un derrame o un proceso infeccioso, como ocurrió en la radiografía realizada en Urgencias de esta paciente. Por este motivo, para confirmar el diagnóstico se utilizan otras pruebas de imagen como la TC o la resonancia magnética (RNM)¹.

El tratamiento en la edad adulta normalmente es conservador y se basa en el uso de broncodilatadores, la erradicación de infecciones bronquiales y oxigenoterapia domiciliaría en los casos que sea necesario^{2,3}.

Notas Clínicas



Fig. 3. TC torácico. Corte coronal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hentati A, Neifar C, Abid W, M'saad S. Left lung agenesis discovered by a spontaneous pneumothorax in a 20-year-old girl. *Lung India*. 2016 Mar-Apr;33(2):205-7.
2. Papadopoulos D, Misthos P, Chorti M, Skopas V, Nakou A, Karagianidis N, Lioulias A, Filaditaki V. Unilateral pulmonary hypoplasia in an adult patient. *Monaldi Arch Chest Dis*. 2018 Jan 29;88(1)
3. Faruqi S, Varma R, Avery G, Kastelik J. Pulmonary hypoplasia. *Intern Med*. 2011;50(10)