

Caso Clínico-Radiológico Adulto

PATRICIA BITAR H. *

Historia Clínica

Paciente mujer de 44 años, derivada para tomografía computada de tórax por presentar infecciones respiratorias recurrentes.

La broncoscopia virtual y los cortes axiales se muestran a continuación. Figuras 1 a 4.



Figura 2. TC corte axial, ventana pulmonar por debajo de la carina.

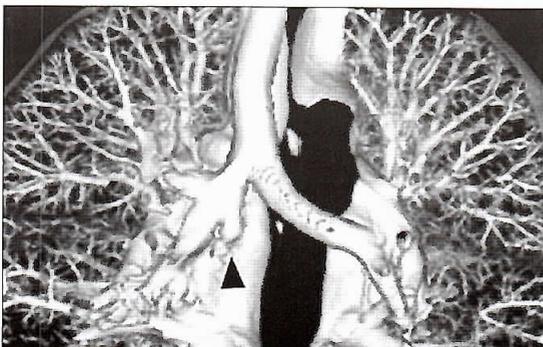


Figura 3. TC corte axial que demuestra bronquio cardíaco accesorio (flecha) que nace de la pared medial del bronquio intermedio, con un curso paralelo a éste.

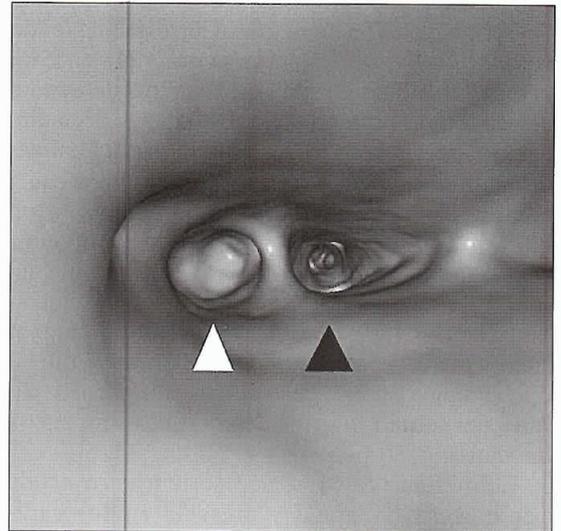


Figura 1. Broncoscopia virtual demuestra bronquio intermedio (flecha negra) y bronquio cardíaco accesorio (flecha blanca) que termina en fondo de saco ciego.

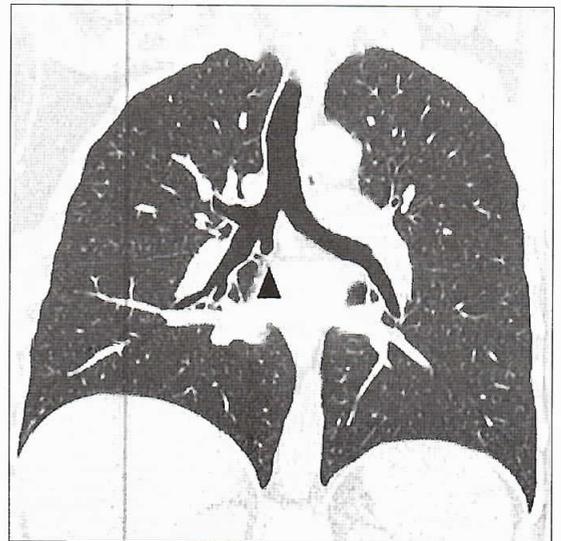


Figura 4. TC corte axial que demuestra que el bronquio accesorio se asocia a pequeño lóbulo ventilado demarcado por una cisura anómala (flecha) que lo separa del lóbulo inferior derecho.

¿Cuál es su diagnóstico?

* Departamento de Radiología, Clínica Las Condes.

Discusión

El diagnóstico que corresponde a este caso es el de *bronquio cardíaco accesorio*.

Fue definido en 1946 por Brock, como "bronquio supernumerario que nace de la pared medial del bronquio principal derecho o del bronquio intermedio, opuesto al origen del bronquio para el lóbulo superior derecho"¹. Es una anomalía congénita poco frecuente, con una incidencia de aproximadamente 0,1%. Corresponde a un verdadero bronquio supernumerario que nace de la pared medial del bronquio principal derecho o del bronquio intermedio y se dirige a caudal hacia el mediastino, con un curso paralelo al del bronquio intermedio. Presenta un largo variable, con un promedio aproximado de 12 mm, y un diámetro similar al del resto de los bronquios segmentarios. En algunos casos termina en un fondo de saco ciego, sin tejido alveolar asociado, y en otros casos se asocia a tejido pulmonar rudimentario, como un pequeño lóbulo ventilado que se ubica en el receso áxico-esofágico, separado del lóbulo inferior derecho por una cisura anómala².

El bronquio cardíaco accesorio está revestido por mucosa bronquial y presenta anillos cartilaginosos en su pared, lo que lo diferencia de divertículos o fístulas adquiridas³. Por tratarse de una estructura con forma de fondo de saco,

puede actuar como reservorio de material infeccioso, pudiendo provocar inflamación, hipervascularización, consiguientes infecciones recurrentes y/o hemoptisis, que constituyen los antecedentes clínicos del pequeño grupo de pacientes sintomáticos⁴. La mayoría de los casos son asintomáticos y se descubren incidentalmente.

Desde el punto de vista diagnóstico, habitualmente la radiografía simple suele ser normal, como sucedió en este caso, y la tomografía computada muestra la alteración.

En algunos casos sintomáticos se realiza tratamiento quirúrgico con resección del bronquio⁵.

Bibliografía

- 1.- GHAYE B, SZAPIRO D, FANCHAMPS J, et al. Congenital Bronchial Abnormalities Revisited. *Radiographics* 2001; 21: 105-19.
- 2.- MC GUINNESS G, NAIDICH D, GARAY S, et al. Accessory Cardiac Bronchus: CT Features and Clinical Significance. *Radiology* 1993; 189: 563-6.
- 3.- WEBB R. Congenital bronchopulmonary lesions en Thoracic Imaging. *Pulmonary and Cardiovascular Radiology*. Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia, 2005. Chap 1, pp 1-3.
- 4.- ZYLAK C, EYLER W, SPIZARNY D, et al. Developmental Lung Anomalies in the Adult: Radiologic-Pathologic Correlation. *Radiographics* 2002; 22: S25-43.
- 5.- BENTALA M, GRIJM K, VAN DER ZEE J, et al. Cardiac bronchus: a rare cause of hemoptysis. *Eur J Cardiothorac Surg* 2002; 22 (4): 643-5.