

# Síndrome del pulmón evanescente

<sup>1</sup>Hernández Pérez JM, <sup>2</sup>Sánchez Castro AL

<sup>1</sup>Sección de Neumología. Hospital General de La Palma

<sup>2</sup>Centro de Salud de San Andrés y Sauces Santa Cruz de Tenerife

El enfisema buloso ocurre generalmente como complicación tardía de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de tipo enfisema; sin embargo, en ocasiones puede constituir el comienzo de ésta.

Se presenta el caso de un varón de 37 años, fumador de 40 paquetes-año (IPA 34), que acude refiriendo clínica consistente en tos y disnea progresiva de varios meses de evolución.

En la exploración física solo destacó en la auscultación una ausencia del murmullo vesicular en el hemitórax derecho.

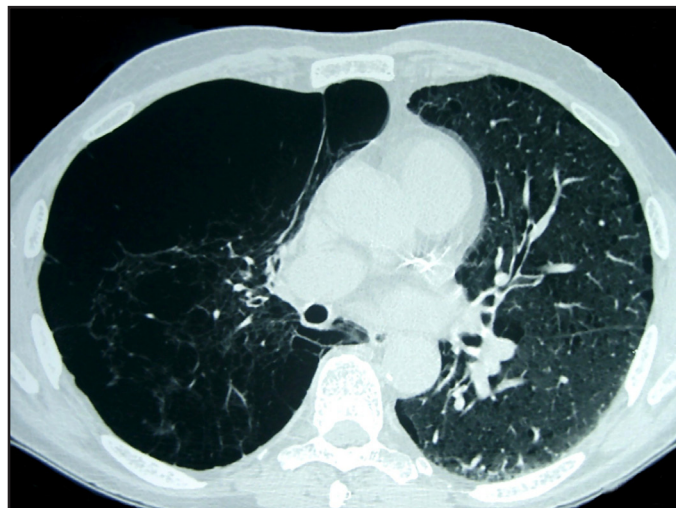
En el hemograma y la bioquímica no se demostraron alteraciones; la determinación de alfa-1-antitripsina mostró valores normales y la gasometría arterial basal sólo detectó una hipoxemia leve (pO<sub>2</sub> 62 mmHg, pCO<sub>2</sub> 41 mmHg y SatO<sub>2</sub> 91%).



En la radiografía de tórax (figura 1) se advertía la existencia de una hiperclaridad pulmonar derecha con signos de atrapamiento aéreo y enfisema. Ante estos hallazgos, se decidió realizar una tomografía computerizada (figura 2) que demostró signos de enfisema paraseptal y una bulla enfisematosa localizada en la parte superior del hemitórax derecho, que ocupaba casi la totalidad de dicho hemitórax con compresión del parénquima restante.

Se le efectuaron pruebas de función respiratoria,

que objetivaron una obstrucción moderada al flujo aéreo (FEV<sub>1</sub> 44%) con importante atrapamiento aéreo (TLC 137%).



Con todos estos hallazgos se llegó al convencimiento de que estábamos ante un síndrome del pulmón evanescente.

## COMENTARIO

El síndrome del pulmón evanescente fue descrito por primera vez por Burke<sup>1</sup> en 1937. Había observado una serie de pacientes jóvenes con disnea y desaparición progresiva de uno de los hemitórax, como en el presente caso.

Aunque se sabe que el tabaco es un factor de riesgo para el desarrollo del enfisema buloso, el mecanismo por el cual se forman las bullas aún no ha sido totalmente aclarado, ya que pueden aparecer en varias entidades nosológicas, como el déficit de alfa-1-antitripsina, el síndrome de Ehlers-Danlos<sup>2</sup>, la sarcoidosis<sup>3</sup> o incluso en pacientes no fumadores<sup>4</sup>.

Roberts y cols<sup>5</sup> definieron los criterios radiológicos del síndrome del pulmón evanescente, en el que debía estar presente una gran bulla en uno o ambos lóbulos superiores, que ocupara al menos un tercio del hemitórax correspondiente y que comprimiera el resto del parénquima pulmonar homolateral. En nuestro caso se cumplen todas las premisas,

por lo que parece más que probable que nuestro paciente presente el síndrome del pulmón evanescente, entidad poco frecuente según la literatura revisada.

El manejo de estos pacientes depende de la sintomatología que presenten. Es de especial relevancia determinar si la bulla es la desencadenante de la sintomatología, ya que en estos casos la bullectomía paliativa puede ser una opción más que efectiva<sup>6</sup> y que debemos tener en cuenta.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Burke R. Vanishing lungs: a case report of bullous emphysema. *Radiology* 1937;28:367-71.
- 2.- Teramoto S, Fukuchi Y. Bullous emphysema. *Curr Opin Pulm Med* 1996;2:90-6.
- 3.- Teramoto S, Matsuse T, Ouchi Y. Sarcoidosis is a significant cause of bullous emphysema. *Chest* 1999;115:1758.
- 4.- Stern E, Webb WR, Weinacker A, Müller NL. Idiopathic giant bullous emphysema (vanishing lung syndrome): imaging findings in nine patients. *AFR* 1994;162:279:82.
- 5.- Roberts L, Putman CE, Chen JTT, Goodman LR, Ravin CE. Vanishing lung syndrome: upper lobe bullous pneumopathy. *Rev Interam Radiol* 1987;12:249-55.
- 6.- Gaensler E, Jederlinic P, Fitzgerald M. Patient work-up for bullectomy. *J Thoracic Imaging* 1986;1:75-93.