



## Pulmón esofágico en una lactante de 4 meses de vida

Carlos Giuseppucci<sup>1</sup> , Ramiro Ortiz<sup>1</sup> , Luciano Korman<sup>1</sup> , María S. Canestrari<sup>1</sup>, Juliana Lostra<sup>2</sup> , María C. Castro Coria<sup>2</sup>, Daniela Quirós<sup>3</sup>, Camila Marossero<sup>1</sup>, Luciana Cotignola<sup>1</sup> , Verónica Giubergia<sup>3</sup>

### RESUMEN

El pulmón esofágico es una malformación congénita extremadamente infrecuente donde existe una conexión anómala entre el esófago y el árbol bronquial en ausencia de comunicación con la vía aérea. Presentamos el caso de una paciente de 4 meses de edad que ingresó al hospital con diagnóstico de neumonía. Los estudios complementarios confirmaron el diagnóstico presuntivo de pulmón esofágico. Luego se decidió su tratamiento quirúrgico y se realizó una neumonectomía con reparación esofágica. La paciente evolucionó favorablemente.

**Palabras clave:** enfermedades pulmonares; anomalías congénitas; enfermedades del esófago.

doi (español): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2025-10796>  
doi (inglés): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2025-10796.eng>

**Cómo citar:** Giuseppucci C, Ortiz R, Korman L, Canestrari MS, Lostra J, Castro Coria MC, et al. Pulmón esofágico en una lactante de 4 meses de vida. Arch Argent Pediatr. 2026;e202510796. Primero en Internet 22-ENE-2026.

<sup>1</sup> Servicio de Cirugía General; <sup>2</sup> Servicio de Diagnóstico por Imágenes; <sup>3</sup> Servicio de Neumonología; Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan P. Garrahan, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

**Correspondencia para** Carlos Giuseppucci: [dr.giuse@outlook.com](mailto:dr.giuse@outlook.com)

**Financiamiento:** Ninguno.

**Conflictos de intereses:** Ninguno que declarar.

**Recibido:** 28-6-2025

**Aceptado:** 12-11-2025



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.  
Atribución — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original.  
No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.  
Sin Obra Derivada — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no puede difundir el material modificado.

## INTRODUCCIÓN

El pulmón esofágico (PE) es una malformación congénita extremadamente infrecuente donde existe una conexión anómala entre el esófago y el árbol bronquial. El origen del bronquio fuente se produce desde el esófago.<sup>1</sup>

Debido a su baja incidencia, con menos de 20 casos reportados en la literatura médica, el PE representa un desafío diagnóstico y terapéutico para pediatras y neumólogos.<sup>2</sup>

El objetivo de esta publicación es comunicar un caso clínico de una niña con diagnóstico de PE tratado exitosamente, destacando los aspectos más relevantes de su presentación clínica, abordaje diagnóstico y manejo quirúrgico.

## CASO CLÍNICO

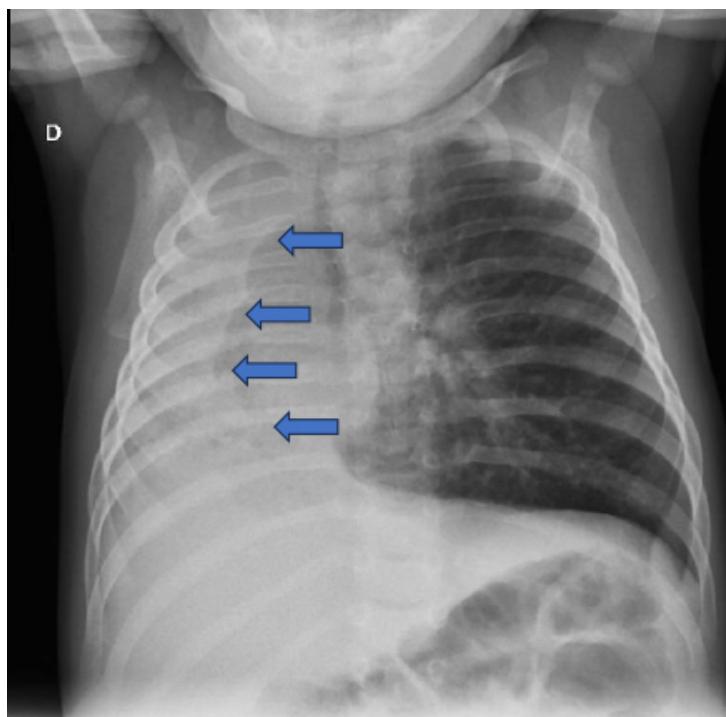
Se presenta el caso de una niña de 4 meses de edad que ingresó derivada desde otra institución con diagnóstico de neumonía y atelectasia vs. hipoplasia de pulmón derecho. Como antecedentes de relevancia, fue una recién nacida de término, 37 semanas, 2880 g. Cesárea por arritmia fetal en madre adolescente de 15 años con uso de marihuana y tabaco durante el embarazo, y sin ecografías

prenatales documentadas. Recibió tratamiento para sífilis con 3 dosis. Las serologías para Chagas, VIH, hepatitis B y toxoplasmosis fueron negativas. La paciente cursó internación en neonatología durante 20 días por agenesia renal derecha asociada a hipoplasia renal izquierda, sífilis materna y arteria umbilical única. Se alimentaba por vía oral y no presentaba otros antecedentes de patología respiratoria. La madre negaba síntomas respiratorios con la alimentación.

Al ingreso a nuestra institución, la paciente se encontraba en suficiencia cardiorrespiratoria, taquipneica, oximetría con aire ambiente del 96-98 %, con buen estado general, vigil y reactiva. A la auscultación, presentaba rales subcrepitantes en campo pulmonar derecho. Al alimentarse presentaba taquicardia, taquipnea y tiraje intercostal con oximetría del 96 %.

Se realizó radiografía de tórax, en la que se observó opacidad de campo pulmonar derecho con desplazamiento mediastínico, retracción de arcos costales derechos y neumonocele izquierdo (*Figura 1*). Se solicitó tomografía de tórax que evidenció dextroposición, ausencia de bronquio fuente derecho, parénquima pulmonar con

**FIGURA 1. Radiografía de tórax**



Nótese el desplazamiento mediastínico ipsilateral con retracción de arcos costales derechos y neumonocele izquierdo (flechas).

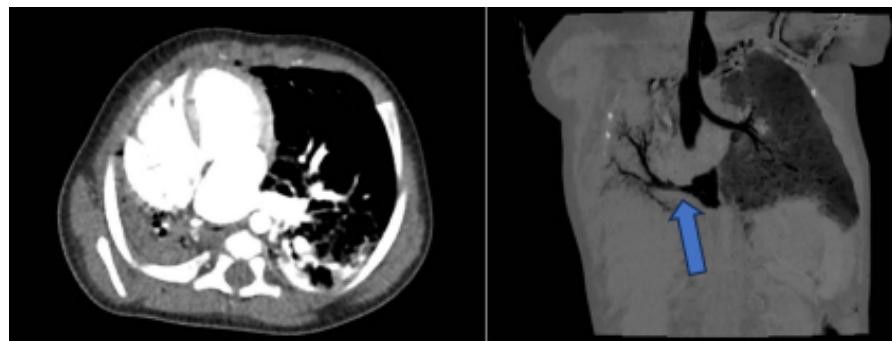
consolidación alveolar y broncograma aéreo con un bronquio que se comunicaba con el esófago inferior. Arteria pulmonar derecha de pequeño calibre y una única vena pulmonar derecha inferior, de pequeño calibre (*Figura 2*).

Se efectuó endoscopia respiratoria y esofagograma, que confirmaron ausencia de bronquio fuente derecho y comunicación esofágica a nivel de tercio inferior, con emergencia de bronquio anómalo hacia parénquima pulmonar derecho (*Figura 3*).

Con diagnóstico presuntivo de PE, se decidió

tomar conducta quirúrgica. Se realizó toracotomía y neumonectomía derecha con reparación esofágica primaria. La paciente evolucionó con pequeña fuga esofágica que resolvió espontáneamente y al 21.<sup>er</sup> día posoperatorio se retiró drenaje pleural previa realización de esofagograma, que confirmó ausencia de fistula, y se reinstauró alimentación por vía oral. La anatomía patológica informó "pulmón secuelar con extenso proceso inflamatorio mixto, fibrosis e hiperplasia de neumocitos tipo 2. Luz bronquial del hilio con metaplasia escamosa parcial".

**FIGURA 2. Tomografía de tórax**



2a. Hipoplasia pulmonar derecha, dextroposición cardíaca. Imágenes quísticas en pulmón derecho consolidado sugerentes de bronquiectasias. 2b Reconstrucción tomográfica que muestra la presencia del árbol bronquial derecho originándose desde el esófago inferior (flecha).

**FIGURA 3. Esofagograma frente y perfil**



Se evidencia fistula (flecha) entre el esófago inferior y el árbol bronquial derecho.

## DISCUSIÓN

El PE una malformación extremadamente infrecuente del intestino primitivo anterior donde un bronquio fuente se origina de forma anómala desde el esófago, y no en la tráquea (*Figura 4*). Es más común del lado derecho, con solo dos casos izquierdos reportados en la literatura.<sup>2</sup>

Su etiología es desconocida, pero se propone que se debe a un defecto en la separación del intestino anterior primitivo en el esófago y la tráquea durante el desarrollo embrionario temprano.<sup>3</sup>

Se han reportado varias anomalías congénitas asociadas, particularmente la atresia esofágica con fistula. Otras anomalías asociadas descriptas incluyen anomalías vasculares sistémicas y/o pulmonares, anomalías diafragmáticas, del tracto gastrointestinal superior y vertebrales.<sup>2-4</sup>

Está incluida dentro de las malformaciones broncopulmonares comunicantes del intestino anterior (CBPFM por su sigla en inglés) en las cuales existe una comunicación congénita entre el tracto respiratorio y el esófago o el estómago. Nuestro caso correspondería al Grupo II, en el cual un pulmón se origina desde el esófago inferior. El bronquio fuente homolateral está ausente y la tráquea se extiende para formar el bronquio fuente contralateral.<sup>5,6</sup>

Las manifestaciones clínicas del PE son heterogéneas y varían según la edad del paciente, el tamaño del pulmón anómalo y la presencia de complicaciones asociadas.

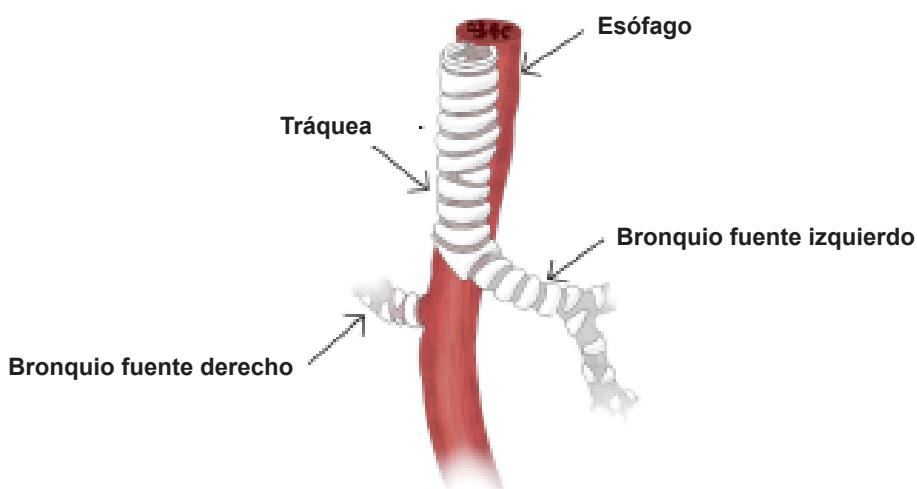
Pueden presentarse en período neonatal<sup>7</sup> o posteriormente. Habitualmente incluyen tos, neumonías a repetición y hemoptisis.

El diagnóstico habitualmente se confirma con endoscopia digestiva y/o respiratoria en un paciente con sospecha clínica o radiológica. La tomografía es útil ya que, además de confirmar la presencia de la comunicación esofágica, aporta información sobre la vascularización del pulmón hipoplásico y de la presencia o no de bronquiectasias.<sup>8</sup> El diagnóstico en nuestra paciente se realizó durante el primer cuadro de neumonía y fueron fundamentales los hallazgos de la tomografía de tórax sumados a un alto índice de sospecha.

El diagnóstico diferencial principal lo constituye el bronquio esofágico (BE) que también es una malformación comunicante broncopulmonar del intestino anterior. La diferencia principal radica en que en el caso del BE existe comunicación entre un lóbulo del pulmón afectado (generalmente el superior) y la vía aérea, mientras que en el caso del PE la totalidad del pulmón está comunicada con esófago, con ausencia de comunicación con la vía aérea. Otros diagnósticos diferenciales incluyen hipoplasia y agenesia pulmonar, secuestro pulmonar, malformación adenomatoidea quística y malformaciones broncopulmonares complejas de espectro del síndrome de cimitarra.

El tratamiento es la resección del pulmón afectado (neumonectomía) aunque existe un

**FIGURA 4. Pulmón esofágico**



Bronquio fuente que se origina de forma anómala desde el esófago, y no en la tráquea (dibujo original).

reporte con reimplante exitoso del pulmón a la tráquea.<sup>9</sup> En nuestro caso, el pulmón afectado ya presentaba imágenes compatibles con bronquiectasias quísticas, lo que sugiere irreversibilidad del daño parenquimatoso, por lo que se decidió la resección.

La importancia de un diagnóstico y tratamiento tempranos radica en evitar las neumonías recurrentes que pueden afectar el pulmón contralateral. Siendo una patología con tan baja incidencia, la sospecha clínica es fundamental para realizar un diagnóstico oportuno. ■

## REFERENCIAS

1. Thakur N, Agarwal D, Narayan S, Shukla D. Recurrent Pneumonia in an Infant with an Esophageal Lung. *Indian Pediatr.* 2020;57(3):266-7.
2. Sugandhi N, Sharma P, Agarwala S, Kabra SK, Gupta AK, Gupta DK. Esophageal lung: presentation, management, and review of literature. *J Pediatr Surg.* 2011;46(8):1634-7. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2011.04.057.
3. Bokka S, Jaiswal AA, Behera BK, Mohanty MK, Khare MK, Garg AK. Esophageal lung: A rare type of communicating bronchopulmonary foregut malformation, case report with review of literature. *J Indian Assoc Pediatr Surg.* 2015;20(2):92-4. doi: 10.4103/0971-9261.151558.
4. Singh VK, Dhua AK, Jana M, Bhatnagar V. Esophageal Lung-Clinical Images. *J Indian Assoc Pediatr Surg.* 2018;23(2):109-10. doi: 10.4103/jiaps.JIAPS\_167\_17.
5. Srikanth MS, Ford EG, Stanley P, Mahour GH. Communicating bronchopulmonary foregut malformations: classification and embryogenesis. *J Pediatr Surg.* 1992;27(6):732-6. doi: 10.1016/s0022-3468(05)80103-4.
6. Kumar A, Babbar S. Esophageal lung complicated by recurrent pneumonia. *Pediatr Pulmonol.* 2023;58(9):2663-5. doi: 10.1002/ppul.26537.
7. Trisno SL, Higano NS, Kechele D, Nasr T, Chung W, Zorn AM, et al. Case Report: Esophageal bronchus in a neonate, with image, histological, and molecular analysis. *Front Pediatr.* 2021;9:707822. doi: 10.3389/fped.2021.707822.
8. Alem N, Alsufiani H, Alsaadi A, Aljohani S, Arkoubi M. The utility of CT virtual bronchoscopy in the esophageal lung diagnosis: A case report. *Respir Med Case Rep.* 2022;37:101658. doi: 10.1016/j.rmc.2022.101658.
9. Lallemand D, Quignodon JF, Courtel JV. The anomalous origin of bronchus from the esophagus: report of three cases. *Pediatr Radiol.* 1996;26(3):179-82. doi: 10.1007/BF01405293.