

Práctica Pediátrica

Tumores endobronquiales primarios, un desafío diagnóstico. Serie de casos

Primary endobronchial tumors, a diagnostic challenge. Case series

Gabriel Castillo^a, Ruben Ferraz^b, Cintia Antonioli^c, Ivanna Boailchuk^d

Resumen

Los tumores endobronquiales en pediatría son infrecuentes. Su presentación clínica suele superponerse con la de otras entidades, lo que puede retrasar el diagnóstico. Su comportamiento es variable y depende de la localización y del estadio al momento de la detección. Se describen tres pacientes pediátricos (dos del sexo masculino y uno del femenino) con edades comprendidas entre los 5 y 14 años al momento del diagnóstico, que presentaron tumores endobronquiales primarios. La presentación clínica fue heterogénea: hemoptisis en un caso, bronquiectasias secundarias a tuberculosis en otro, y atelectasia crónica asociada a episodios recurrentes de obstrucción bronquial en el tercero. Según su localización, dos lesiones se encontraron en el bronquio intermedio y una en el bronquio apical derecho. A continuación, se detalla la evolución clínica, los estudios diagnósticos y el tratamiento de cada caso.

Palabras clave: Broncoscopía, Neoplasias endobronquiales, Pediatría, Endoscopia.

Abstract

Endobronchial tumors in pediatrics are uncommon; their clinical presentation often overlaps with that of other conditions, leading to delayed diagnosis. Their behavior is variable and depends on tumor location and stage. Three pediatric patients (two boys and one girl), aged between 5 and 14 years at the time of diagnosis, with primary endobronchial tumors, are reported. Clinical presentation was heterogeneous: hemoptysis in one case, bronchiectasis secondary to tuberculosis in another, and chronic atelectasis associated with recurrent episodes of bronchial obstruction in the third. Regarding tumor location, two lesions were found in the intermediate bronchus and one in the right apical bronchus. A more detailed description of each case is presented below.

Keywords: Bronchoscopy, Endobronchial neoplasms, Pediatrics, Endoscopy

Introducción

Los tumores pulmonares en pediatría son poco frecuentes y representan aproximadamente el 0,2 % del total de tumores en niños.¹⁻³ Según su comportamiento biológico, pueden clasificarse en benignos y malignos. Entre los benignos se encuentran el pseudotumor inflamatorio y el hamartoma.⁶ Los tumores malignos incluyen tanto neoplasias pulmonares primarias como secundarias (metástasis). Dentro de los tumores pulmonares primarios, una propor-

a. Pediatra, Neumonólogo, Endoscopista. Médico becario, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0001-1374-4709

b. Pediatra, Neumonólogo, Endoscopista. Médico de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-9153-4612

c. Pediatra, Neumonóloga, Endoscopista. Médica de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-4990-2389

d. Pediatra, Neumonóloga, Endoscopista. Jefa de la Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0009-9443-286X

Correspondencia: gutierrezendoscopia@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

ción significativa corresponde a tumores epiteliales malignos, entre los que se destacan el tumor carcinoide y el carcinoma mucoepidermoide.^{4,5} Entre los tumores traqueobronquiales, los tumores carcinoides representan aproximadamente el 80–85 % de los casos.^{4,5} Estas entidades forman parte del grupo de tumores raros, definidos como neoplasias malignas sólidas con una incidencia anual menor de 2 casos por 1 000 000 de habitantes, con mayor afectación en varones menores de 14 años. En Argentina, los tumores raros representan aproximadamente el 9,9 % del total de neoplasias pediátricas.⁴

La presentación clínica de los tumores pulmonares primarios suele ser inespecífica e incluye tos persistente, fiebre, disnea, dolor torácico, hemoptisis e infecciones respiratorias recurrentes. Los hallazgos imagenológicos también pueden ser variables; entre ellos se describen atelectasias persistentes, consolidaciones recurrentes, calcificaciones y masas periféricas bien definidas. La persistencia de síntomas o alteraciones radiológicas pese al tratamiento adecuado debe alertar al pediatra sobre la posibilidad de una lesión obstructiva subyacente.

En este contexto se presentan tres casos de tumores endobronquiales diagnosticados en la Unidad de Endoscopia Respiratoria del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (HNRG) entre los años 2016 y 2023.

Casos clínicos

Caso 1

Paciente masculino de 14 años que consultó por tos seca y hemoptisis de intensidad leve, con 2–3 episodios autolimitados y aislados de escasa cuantía, <30 ml/ día, en el contexto de intercurencia respiratoria sin descompensación hemodinámica. No presentaba antecedentes patológicos relevantes; había permanecido sano hasta los 11 años. Ese episodio fue evaluado inicialmente en otra institución asumido como neumonía basal, con radiografía de tórax, que evidenció un infiltrado basal derecho (Figura 1A). Recibió tratamiento antibiótico ambulatorio, con evolución favorable. Cuatro meses después, consultó nuevamente por tos seca y dolor torácico derecho tipo puntada de costado, sin hemoptisis. La radiografía de tórax mostró una imagen hiperclara persistente en base derecha, nuevamente interpretada como neumonía

a. Pediatra, Neumonólogo, Endoscopista. Médico becario, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0001-1374-4709

b. Pediatra, Neumonólogo, Endoscopista. Médico de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-9153-4612

c. Pediatra, Neumonóloga, Endoscopista. Médica de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-4990-2389

d. Pediatra, Neumonóloga, Endoscopista. Jefa de la Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0009-9443-286X

Correspondencia: gutierrezendoscopia@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

derecha, por lo que recibió nuevo tratamiento antibiótico y medicación preventiva. Posteriormente permaneció clínicamente estable durante un año, refería tos persistente leve a moderada, sin nuevos episodios de hemoptisis.

A los dos años del inicio del cuadro, presentó otro episodio de tos seca asociado a hemoptisis leve a moderada, con 3 - 4 episodios autolimitados, estimados en 30 - 50 ml/día sin descompensación hemodinámica. La radiografía de tórax evidenció persistencia de la imagen basal derecha, motivo por el cual se realizó una tomografía computarizada de tórax con contraste, que confirmó la persistencia de una imagen hiperdensa en base pulmonar derecha (Figura 1B). Ante el antecedente de neumonías recurrentes y hemoptisis, fue derivado en forma ambulatoria al Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Al interrogatorio no presenta clínica sugestiva de reflujo gastroesofágico ni aspiración.

Estudios complementarios

- Laboratorio general e inmunoglobulinas séricas: normales.
- PPD: 0 mm.
- Cultivo de esputo: negativo.
- Espirometría: normal.

Evaluación endoscópica

Se realizó broncoscopia bajo anestesia general, con lavado broncoalveolar (BAL) y toma de biopsia. Se evidenció una tumoración endobronquial en el bronquio del lóbulo inferior derecho (B7), que ocluía más del 70 % de la luz, de aspecto liso y redondeado, con compresión extrínseca del bronquio del lóbulo medio. El resto del árbol bronquial no presentó alteraciones. Se realizó biopsia endobronquial para estudio anatomopatológico (Figura 1C). El cultivo del BAL fue negativo.

Anatomía patológica

El estudio histopatológico informó un schwannoma celular bronquial de bajo grado, constituido por células fusiformes, ahusadas inmerso en un estroma edematoso con infiltrado

a. Pediatra, Neumonólogo, Endoscopista. Médico becario, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0001-1374-4709

b. Pediatra, Neumonólogo, Endoscopista. Médico de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-9153-4612

c. Pediatra, Neumonóloga, Endoscopista. Médica de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-4990-2389

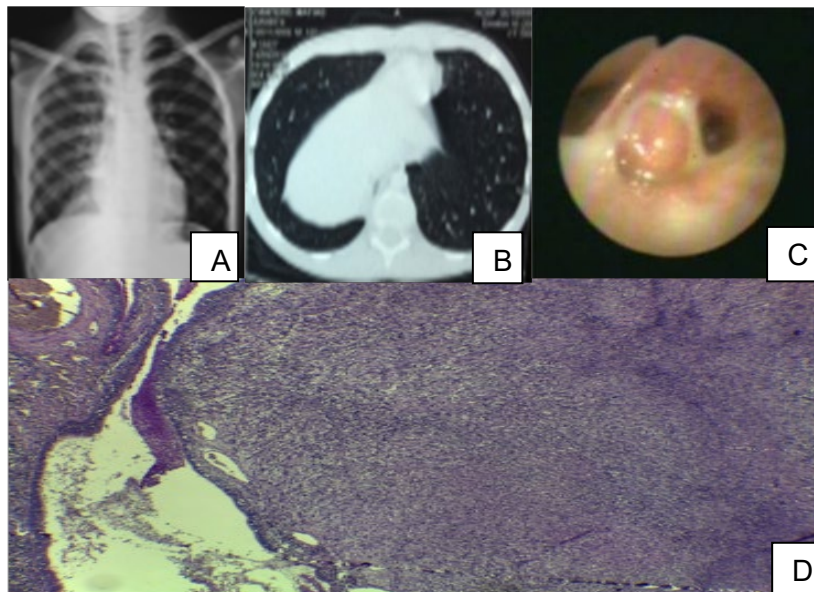
d. Pediatra, Neumonóloga, Endoscopista. Jefa de la Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0009-9443-286X

Correspondencia: gutierrezendoscopia@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

inflamatorio con presencia de epitelio bronquial, hallazgo atribuido a su crecimiento intraluminal (Figura 1D). Técnicas utilizadas: hematoxilina-eosina e inmunohistoquímica.

Figura 1: Tumor endobronquial Schwannoma de bajo grado.



- A. Imagen radiológica radiopaca triangular en seno costofrénico derecho.
- B. Tomografía de tórax: imagen hiperdensa en lóbulo inferior derecho.
- C. Imagen endoscópica endobronquial en lóbulo inferior derecho que ocluye más del 70% de la luz.
- D. Anatomía patológica: presencia de células fusiformes y bronquiales. Infiltrado inflamatorio e inmunohistoquímica compatible con Schwannoma celular bronquial de bajo grado.

Tratamiento y evolución

Se decidió realizar un tratamiento quirúrgico conservador, efectuándose lobectomía inferior y media derecha. El paciente no presentó complicaciones postoperatorias y no requirió reintervenciones. Dado el bajo grado histológico y la baja celularidad tumoral, no se indicó tratamiento adyuvante con quimioterapia ni radioterapia. El seguimiento se realizó durante 3 - 4 años por los servicios de Cirugía, Oncología, Neumonología y Endoscopia Respiratoria, con buena evolución clínica y postquirúrgica. A los 19 años fue derivado a un servicio de Neumonología de adultos.

a. Pediatra, Neumonólogo, Endoscopista. Médico becario, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0001-1374-4709

b. Pediatra, Neumonólogo, Endoscopista. Médico de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-9153-4612

c. Pediatra, Neumonóloga, Endoscopista. Médica de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-4990-2389

d. Pediatra, Neumonóloga, Endoscopista. Jefa de la Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0009-9443-286X

Correspondencia: gutierrezendoscopia@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Caso 2

Paciente femenina de 13 años, previamente sana, con antecedente de tuberculosis pulmonar grave, tratada exitosamente en otro hospital. Al momento del diagnóstico presentó baciloscopia positiva (BAAR++), con cultivos positivos. Recibió esquema completo antifímico 2HRZE/8HR [Fase intensiva (2 meses): Uso diario de cuatro antibióticos: H (Isoniazida), R (Rifampicina), Z (Pirazinamida) y E (Etambutol). Fase de continuación (8 meses): Uso diario de dos antibióticos: H (Isoniazida) y R (Rifampicina)], con negativización posterior de los cultivos. Cinco meses después de finalizado el tratamiento antituberculoso, la paciente requirió internación por cuadro de decaimiento general, fiebre, neumonía derecha e hipoxemia. Recibió tratamiento antibiótico con amoxicilina–clavulánico durante tres semanas, con mejoría clínica se otorga egreso hospitalario. Sin clínica sugestiva de reflujo gastroesofágico ni aspiración.

Estudios complementarios (durante esa internación):

- Laboratorio general e inmunoglobulinas séricas: normales.
- BAAR y cultivos de esputo: negativos.
- Espirometría: patrón restrictivo leve.
- Radiografía de tórax: imagen radiopaca en base pulmonar derecha (Figura 2A).
- Tomografía computarizada de tórax con contraste: que informan una imagen hiperdensa ocupante del bronquio intermedio, asociada a bronquiectasias en el lóbulo inferior derecho (Figura 2B).

Ante estos hallazgos, fue derivada en forma ambulatoria al HNRG para evaluación interdisciplinaria y programación de broncoscopia.

Evaluación endoscópica

La evaluación de la vía aérea evidenció una tumoración endobronquial en el bronquio intermedio, que comprometía aproximadamente el 80 % de la luz bronquial. Se realizó resección endoscópica con permeabilización de la luz, junto con toma de muestras para estudio anatomopatológico (Figura 2C).

a. Pediatra, Neumonólogo, Endoscopista. Médico becario, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0001-1374-4709

b. Pediatra, Neumonólogo, Endoscopista. Médico de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-9153-4612

c. Pediatra, Neumonóloga, Endoscopista. Médica de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-4990-2389

d. Pediatra, Neumonóloga, Endoscopista. Jefa de la Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0009-9443-286X

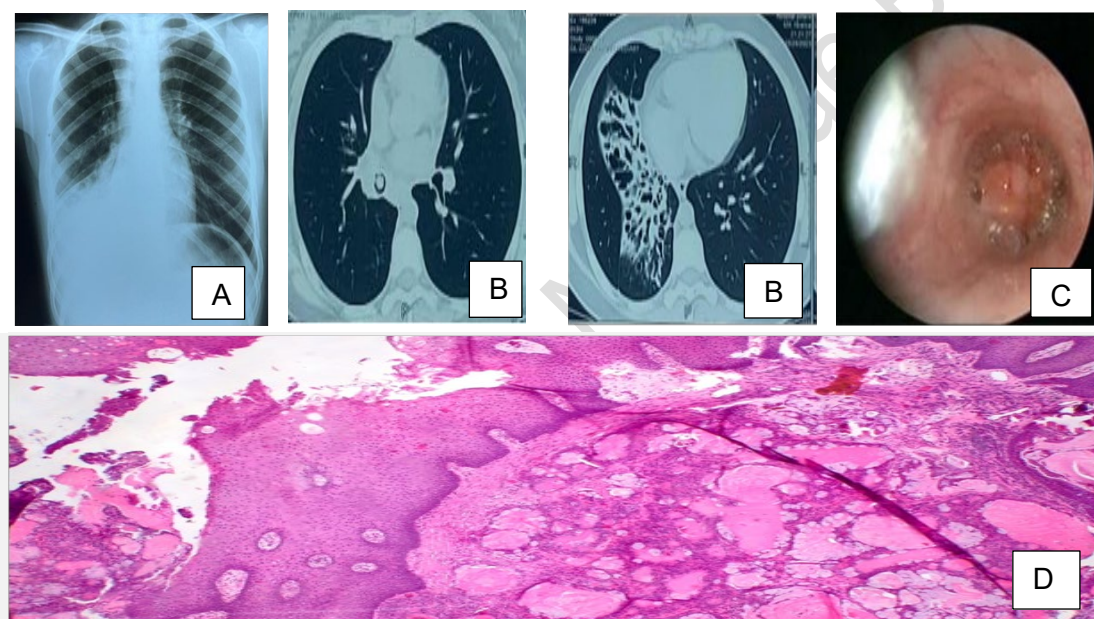
Correspondencia: gutierrezendoscopia@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Anatomía patológica

El estudio anatomopatológico informó un carcinoma mucoepidermoide de bajo grado (Figura 2D). El examen histológico evidenció un tumor bien diferenciado, compuesto por células mucosecretoras, epidermoides e intermedias, con bajo índice mitótico y ausencia de necrosis, compatible con neoplasia de bajo grado. Tinciones realizadas: PAS positiva en células mucosas e inmunohistoquímica.

Figura 2: Tumor endobronquial Carcinoma mucoepidermoide de bajo grado.



- A. Imagen radiológica radiopaca en lóbulo medio e inferior derecho.
- B. Tomografía de tórax, imagen hiperdensa que ocupa parcialmente el bronquio intermedio y presencia de bronquiectasias en lóbulo inferior derecho.
- C. Imagen endoscópica: presencia de tumoración redondeada friable y vascularizada que compromete el 80% de la luz.
- D. Anatomía patológica: presencia de células mucosecretoras, epidermoides e intermedias, tipo glándula salivales, bien diferenciadas, con inmunohistoquímica, compatible con carcinoma mucoepidermoide de bajo grado.

Tratamiento y evolución

Se decidió realizar un tratamiento quirúrgico conservador, considerándose la resección

a. Pediatra, Neumonólogo, Endoscopista. Médico becario, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0001-1374-4709

b. Pediatra, Neumonólogo, Endoscopista. Médico de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-9153-4612

c. Pediatra, Neumonóloga, Endoscopista. Médica de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-4990-2389

d. Pediatra, Neumonóloga, Endoscopista. Jefa de la Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0009-9443-286X

Correspondencia: gutierrezendoscopia@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

segmentaria o lobectomía según la localización tumoral. En este caso, se efectuó una lobectomía media e inferior derecha, sin complicaciones postoperatorias. Los estudios de seguimiento con PET-TC y tomografía computarizada mostraron tejido hiliar pulmonar sin captación aumentada de fluorodesoxiglucosa (FDG), sin evidencia de enfermedad residual. Dado el bajo grado histológico, no se indicó tratamiento adyuvante con quimioterapia ni radioterapia.

Seguimiento

La paciente continúa actualmente seguimiento multidisciplinario por los servicios de Cirugía, Oncología, Neumonología y Endoscopia Respiratoria en el HNRG, con buena evolución clínica, quirúrgica y endoscópica. Los controles tomográficos y endoscópicos posteriores evidenciaron adecuada evolución pulmonar postquirúrgica.

Caso 3

Paciente masculino, previamente sano, que presentó episodios recurrentes de obstrucción bronquial desde los 3 años, motivo por el cual inició seguimiento por Neumonología en otra institución del interior del país, recibiendo tratamiento preventivo con fluticasona inhalada (250 µg/día).

A los 5 años consultó en forma ambulatoria por un síndrome febril prolongado. En este contexto se realizó una radiografía de tórax que evidenció un foco pulmonar en el lóbulo superior derecho, interpretado como neumonía del vértice derecho, por lo que recibió tratamiento antibiótico por vía oral. Ante la persistencia del cuadro febril, empeoramiento clínico, con insuficiencia respiratoria e hipoxemia, se decidió su internación. Dentro de los estudios en la internación, se solicitó una nueva radiografía de tórax que mostró una imagen persistente asumida como atelectasia del lóbulo superior derecho, motivo por el cual se efectuó una tomografía de tórax de alta resolución sin contraste. (Figura 3A).

Estudios complementarios

- Laboratorio: leucocitosis.
- Hemocultivos y virológico: negativos.

a. Pediatra, Neumonólogo, Endoscopista. Médico becario, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0001-1374-4709

b. Pediatra, Neumonólogo, Endoscopista. Médico de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-9153-4612

c. Pediatra, Neumonóloga, Endoscopista. Médica de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-4990-2389

d. Pediatra, Neumonóloga, Endoscopista. Jefa de la Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0009-9443-286X

Correspondencia: gutierrezendoscopia@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

- PPD: 0 mm.
- Tomografía computarizada de tórax de alta resolución: mostró una imagen hiperdensa en el lóbulo superior derecho, sin broncograma aéreo, asociada a adenopatías paratraqueales y presencia de tumoración endobronquial en el bronquio fuente derecho (Figura 3B).

Ante estos hallazgos, el paciente fue derivado de forma ambulatoria a un centro de mayor complejidad para evaluación multidisciplinaria y endoscópica. La broncoscopia evidenció una tumoración endobronquial bien delimitada, de aspecto redondeado, de coloración amarillenta y de consistencia firme, que comprometía aproximadamente el 90 % de la luz del bronquio fuente derecho (Figura 3C). Se realizó resección endoscópica con permeabilización de la vía aérea y toma de muestras para estudio anatomopatológico.

Anatomía patológica

El estudio histopatológico informó histiocitosis de células no Langerhans (xantogranuloma juvenil) (Figura 3D), entidad infrecuente de comportamiento benigno. Se realizaron tinciones con hematoxilina-eosina e inmunohistoquímica, con positividad para técnica CD68, confirmando el origen histiocítico de la lesión.

Tratamiento y evolución

Se indicó tratamiento quirúrgico conservador, realizándose lobectomía superior derecha según la localización de la lesión. El paciente evolucionó favorablemente, sin complicaciones postoperatorias ni necesidad de reintervención, con buena evolución clínica, quirúrgica y endoscópica.

Seguimiento

Actualmente continúa en seguimiento ambulatorio, con controles semestrales y anuales por los servicios de Cirugía, Neumonología y Endoscopia Respiratoria, presentando buena evolución pulmonar postquirúrgica. Se realizaron controles de imágenes y nueva endoscopia con buena evolución postquirúrgica. Se otorgó alta de las especialidades de Cirugía y Endosco-

a. Pediatra, Neumonólogo, Endoscopista. Médico becario, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0001-1374-4709

b. Pediatra, Neumonólogo, Endoscopista. Médico de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-9153-4612

c. Pediatra, Neumonóloga, Endoscopista. Médica de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-4990-2389

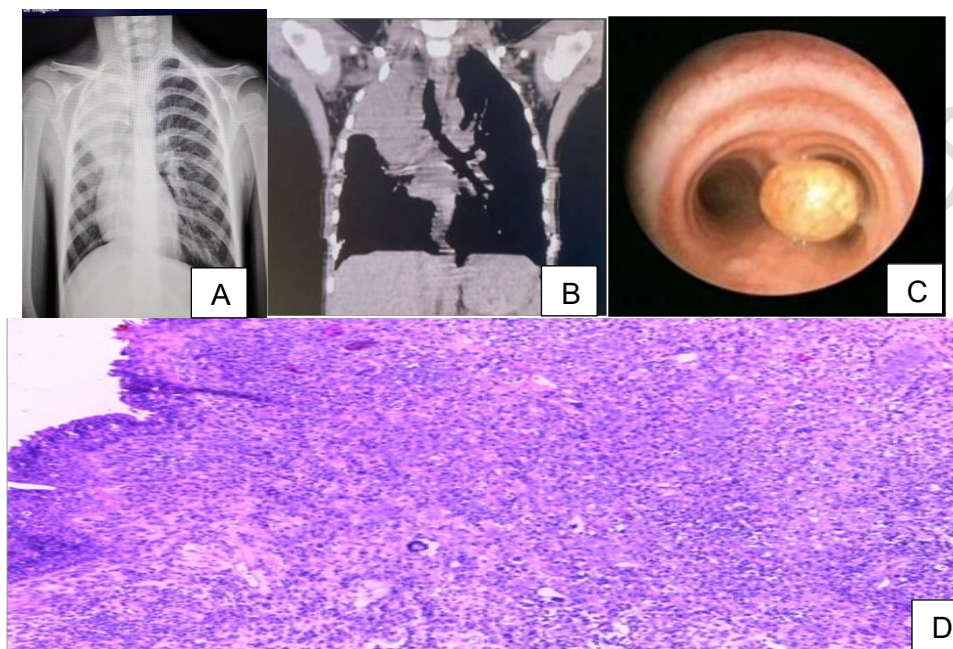
d. Pediatra, Neumonóloga, Endoscopista. Jefa de la Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0009-9443-286X

Correspondencia: gutierrezendoscopia@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

pía, manteniendo seguimiento con Neumonología.

Figura 3: Tumor endobronquial Histiocitosis de células no Langerhans (xantogranuloma juvenil)



- A. Imagen radiológica: atelectasia lóbulo superior derecho.
- B. Tomografía de tórax: imagen hiperdensa, que compromete lóbulo superior derecho y bronquio fuente ipsilateral.
- C. Imagen endoscópica: tumor endobronquial que proviene de lóbulo superior derecho, bordes netos, liso, amarillento que compromete el 90% de la luz.
- D. Anatomía patológica: histiocitosis de células no Langerhans (xantogranuloma juvenil). Presencia de histiocitos, células espumosas y células gigantes de Touton, con inmunohistoquímica compatible (cd68) para identificación de células histiocíticas.

Discusión

En esta serie de casos se describen tres pacientes pediátricos con tumores endobronquiales primarios de distinta histología y comportamiento biológico, cuya presentación clínica inicial fue inespecífica y se manifestó como síntomas respiratorios persistentes, hemoptisis, atelectasias o infecciones recurrentes. En todos los casos, la persistencia de los síntomas y de las alteraciones radiológicas motivó una reevaluación diagnóstica, permitiendo sospechar una

a. Pediatra, Neumonólogo, Endoscopista. Médico becario, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0001-1374-4709

b. Pediatra, Neumonólogo, Endoscopista. Médico de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-9153-4612

c. Pediatra, Neumonóloga, Endoscopista. Médica de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-4990-2389

d. Pediatra, Neumonóloga, Endoscopista. Jefa de la Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0009-9443-286X

Correspondencia: gutierrezendoscopia@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

lesión obstructiva subyacente. Aunque inicialmente la endoscopia respiratoria fue considerada el estudio invasivo más adecuado por los hallazgos clínicos e imagenológicos, el diagnóstico definitivo surgió del análisis anatomopatológico de las muestras obtenidas, complementándose posteriormente con el tratamiento quirúrgico y el seguimiento multidisciplinario.

En el caso 1, la anatomía patológica informó schwannoma. Estos son tumores benignos extremadamente raros, que se originan a partir de las células de Schwann. Son de crecimiento lento, afectan con mayor frecuencia a edades medias de la vida, la localización más frecuente es piel y lengua, siendo endobronquial en solo 6 % de los casos.⁷

El carcinoma mucoepidermoide de bajo grado informado en el caso 2 es una neoplasia maligna originada en las glándulas salivales, representando el 10–15 % de estas neoplasias, más frecuente en mujeres. Se caracteriza por células mucosas bien diferenciadas, ausencia de necrosis, crecimiento lento y mejor pronóstico que los grados altos.^{7,8}

Es poco frecuente, pero se ha descrito desarrollo de cáncer pulmonar en cicatrices posteriores a tuberculosis.¹²⁻¹⁴ Se desconoce la fisiopatología exacta, aunque se han relacionado la hiperplasia epitelial incontrolada y acumulación de carcinógenos en cicatrices.^{11,12} La variante histológica más asociada es el adenocarcinoma.^{13,14}

El xantogranuloma juvenil descrito en el caso 3 es un tumor benigno poco frecuente, dentro del grupo de histiocitosis de células no Langerhans. Se presenta con nódulos cutáneos amarillentos en cabeza y cuello, generalmente en el primer año de vida. La afectación extracutánea es rara; la más frecuente es ocular, y menos común en bazo, pulmones y sistema nervioso central.¹¹⁻¹⁵

El pronóstico de los tumores endobronquiales en pediatría es generalmente favorable, particularmente en las lesiones benignas y en los tumores malignos de bajo grado, siempre que se realice una resección completa. La ausencia de recurrencia y buena evolución clínica observadas en nuestros pacientes, refuerzan la importancia de un diagnóstico oportuno y de un manejo interdisciplinario.

En conclusión, los tumores endobronquiales deben considerarse dentro del diagnóstico

a. Pediatra, Neumonólogo, Endoscopista. Médico becario, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0001-1374-4709

b. Pediatra, Neumonólogo, Endoscopista. Médico de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-9153-4612

c. Pediatra, Neumonóloga, Endoscopista. Médica de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-4990-2389

d. Pediatra, Neumonóloga, Endoscopista. Jefa de la Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0009-9443-286X

Correspondencia: gutierrezendoscopia@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

diferencial en niños con síntomas respiratorios persistentes, neumonías recurrentes, atelectasias o hemoptisis. La evaluación clínica integral, junto con los hallazgos imagenológicos persistentes, permite identificar pacientes que requieren estudios diagnósticos invasivos para esclarecer la etiología. El diagnóstico definitivo depende del análisis anatomopatológico, mientras que el tratamiento y seguimiento requieren un abordaje multidisciplinario para optimizar el pronóstico a largo plazo.

Agradecimientos:

A los Dres. Frias G, Lacera A, Medin M, Rossi S y Monaje M, de las Unidades de Endoscopia Respiratoria y Anatomía Patológica del HNRG

Consentimiento informado

Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de los padres/tutores legales de los pacientes para la publicación del presente reporte de caso, incluyendo datos clínicos e imágenes, garantizando la confidencialidad de su identidad.

Bibliografía

1. Tardío Torío E, Sánchez Sánchez E, Vila Torres J, et al. Carcinoide bronquial: a propósito de un caso. *An Esp Pediatr.* 1998; 49 (2):171-3.
2. Otero E, Rizzi A, Maurizi M, et al. Tumores primitivos de pulmón en niños: imágenes y hallazgos. *Med Infant.* 2006; XIII:132-8.
3. Al-Qahtani AR, di Lorenzo M, Yazbeck S. Endobronchial tumors in children: Institutional experience and literature review. *J Pediatr Surg.* 2003; 38 (5):733-6.
4. Casanovas A, Viso M, Felizzia G, et al. Tumores raros en pediatría. Primer reporte en la Argentina. *Arch Argent Pediatr* 2021; 119(6):401-407.
5. Özcan HN, Atak F, Oğuz B, et al. Imaging findings of primary lung tumors in children. *Diagn Interv Radiol.* 2024; 30(6):419-426.
6. Karnak I, Haliloglu M, Orhan D, et al. Pure endobronchial inflammatory myofibroblastic tumor in children. *J Pediatr Hematol Oncol.* 2014; 36:108-10.
7. Andrés Martín A, Alfageme Michavilla I, Escalada Berta J, et al. Tumor carcinoide bronquial en una niña de 10 años. *Neumosur.* 2007; 19 (2):109-11.
8. López Díaz M, Antón-Pacheco Sánchez JL, Tejedor Sánchez R, et al. Tumores broncopulmonares primarios. *Cir Pediatr.* 2006; 19 (4):223-7.
9. Cano García J, Baamonde Laborda C, Algar Algar FJ, et al. Cirugía broncoplástica en el tumor carcinoide bronquial típico. Descripción de tres casos en la infancia. *Neumosur* 2007; 19, 4: 218-221
10. Hullo E, Cotta L, Rabeyrin M, et al. Tumeurs carcinoïdes bronchiques de l'enfant. *Bull Cancer.*

a. Pediatra, Neumonólogo, Endoscopista. Médico becario, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0001-1374-4709

b. Pediatra, Neumonólogo, Endoscopista. Médico de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-9153-4612

c. Pediatra, Neumonóloga, Endoscopista. Médica de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-4990-2389

d. Pediatra, Neumonóloga, Endoscopista. Jefa de la Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0009-9443-286X

Correspondencia: gutierrezendoscopia@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar

2011; 98 (6):709-15. DOI: 10.1684/bdc.2011.1369.

11. Eyssartier E, Ang P, Bonnemaïson E, et al. Characteristics of endobronchial primitive tumors in children. *Pediatr Pulmonol.* 2014; 49:E121-5.
12. Andrés Martín A, Pérez Pérez G, Borja Urbano G, et al. Síndrome del lóbulo medio y tuberculosis bronquial: aportación de la fibrobroncoscopia. *Acta Pediatr Esp.* 2012; 70 (11): e51-e55.
13. Gayathri Devi HJ. Complications of pulmonary tuberculosis. Bangalore (India): Department of Pulmonary Medicine, M.S. Ramaiah Medical College; 2014. [Internet][consultado 23 jun 2026]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Gayathri-Hj/publication/332750336_Complications_of_Pulmonary_Tuberculosis/links/5cc7b958a6fdcc1d49b990c4/Complications-of-Pulmonary-Tuberculosis.pdf
14. Kim HY, Song KS, Goo JM, et al. Thoracic sequelae and complications of tuberculosis. *Radiographics.* 2001; 21 (4):839-60.
15. Sosnowska P, Antosik P, Ostałowska A, et al. Isolated endobronchial juvenile xanthogranuloma: a case report. *Contemp Oncol (Pozn).* 2020; 24(3):200-2. doi:10.5114/wo.2020.97636

Texto recibido: 18 de setiembre de 2025

Aprobado: 27 de mayo de 2026

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Forma de citar: Castillo G, Ferraz R, Antonioli C et al. Tumores endobronquiales primarios, un desafío diagnóstico. Serie de casos. *Rev. Hosp. Niños (B. Aires)* 2026; 68 (301):131-142

a. Pediatra, Neumonólogo, Endoscopista. Médico becario, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0001-1374-4709

b. Pediatra, Neumonólogo, Endoscopista. Médico de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-9153-4612

c. Pediatra, Neumonóloga, Endoscopista. Médica de planta, Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0007-4990-2389

d. Pediatra, Neumonóloga, Endoscopista. Jefa de la Unidad de Endoscopia Respiratoria, HNRG. ORCID ID 0009-0009-9443-286X

Correspondencia: gutierrezendoscopia@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar