0056

LO QUE DEBEMOS SABER DEL SECUESTRO PULMONAR

Belhart, Karen; Santangelo, Mónica; Montaña, Patricio Tomas; Castilla, Santiago; Retontaro, Lurdes; Fritz, Luciana Araceli.

HIGA PROF. DR. R. ROSSI- La Plata, Bs.As., Argentina.

CADI 2023
ANTICIPANDO EL FUTURO

Mail de autor: k.ren.b@hotmail.com

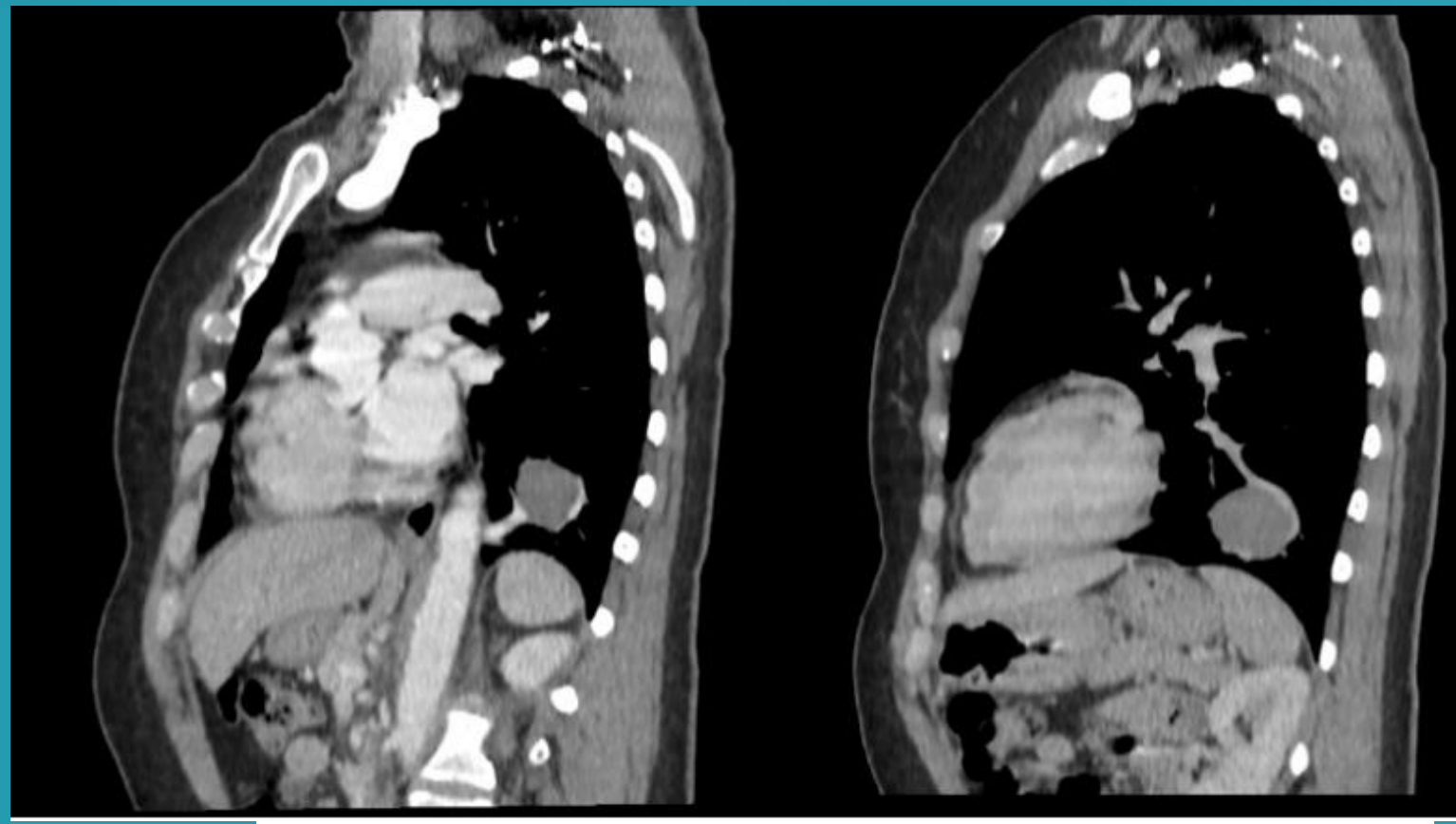
Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

HOSPITAL
RODOLFO ROSSI

Presentación del caso

Paciente femenina de 51 años en estudio por tos crónica, episodios febriles recurrentes y dispepsia, que se le realiza una colangio resonancia donde se describe una imagen en base pulmonar izquierda con intensidad de partes blandas, polilobulada de 54mm x 45mm, por lo que se le solicita TC de tórax con diagnóstico presuntivo de nódulo pulmonar.

Hallazgos imagenológicos



En el lóbulo inferior izquierdo, en íntimo contacto con el parénquima pulmonar adyacente, se reconoce una masa sólida, espontáneamente densa y homogénea, de contornos lobulados, de 57mm x 44mm.

Tras la administración del contraste endovenoso se observa vascularización arterial dependiente de una rama originada en la aorta descendente y drenaje venoso hacia la aurícula izquierda a través de la vena pulmonar inferior homolateral. Dichos hallazgos son compatibles con secuestro pulmonar intralobar.

Discusión

- El secuestro pulmonar es una anomalía infrecuente que se define como formación de tejido pulmonar segmentario aberrante que no tiene conexión con el árbol bronquial o las arterias pulmonares, y que por lo tanto carece de función.
- Según su relación con la pleura, pueden clasificarse en extralobar e intralobar.
- Los secuestros extralobares se encuentran rodeados por su propia pleura, por lo que están separado del parénquima pulmonar adyacente y presentan drenaje venoso por una vena sistémica hacia la aurícula derecha. Esta variante, se asocia con mayor frecuencia a otras anomalías congénitas entre las que podemos citar: anomalías vertebrales, enfermedades cardíacas congénitas, duplicación colónica y malformaciones congénitas de la vía aérea (incluyendo hernias diafragmáticas e hipoplasia pulmonar).
- El secuestro intralobar, variedad más frecuente de los secuestros, se observa en íntima relación con el pulmón normal y no presenta pleura independiente. Asimismo, el drenaje venoso ocurre comúnmente a través de las venas pulmonares, pero puede presentarse a través del sistema ácigos-hemiácigos, la vena porta, la aurícula derecha o la vena cava inferior. Suele presentarse alrededor de los 30 años por infecciones pulmonares recurrentes desde la infancia, con franca predilección por los lóbulos inferiores.

Conclusión

- El secuestro pulmonar es un hallazgo infrecuente en los métodos de imágenes que debemos conocer, donde resulta fundamental la determinación de su irrigación tanto arterial como venosa para su diagnóstico y su categorización.
- Diferenciar las formas intralobares y extralobares tiene importancia tanto desde el punto de vista terapéutico, como para el estudio del paciente ante las posibles asociaciones con anomalías congénitas que se presentan preferentemente en la variante extralobar.

Bibliografía

- Markes C, Wiener SN, Reydman M. Pulmonary sequestration. Chest. 1972;61:253-7.
- Gottrup F, Lund C. Intralobar pulmonary sequestration. A report of 12 cases. Scand J Respir Dis. 1978;59:21-9
- Wei Y, Li F. Pulmonary sequestration: a retrospective analysis of 2625 cases in China. Eur J Cardiothorac Surg. 2011;40:e39-42.
- Sun X, Xiao Y. Pulmonary sequestration in adult patients: a retrospective study. Eur J Cardiothorac Surg. 2015;48:279-82.