

SECUESTRO PULMONAR: REPORTE DE UN CASO

Dra Estefany Gonzalez, Dra Victoria Garcia, Dra Paula de los Santos

Hospital de Clinicas

Hospital Maciel

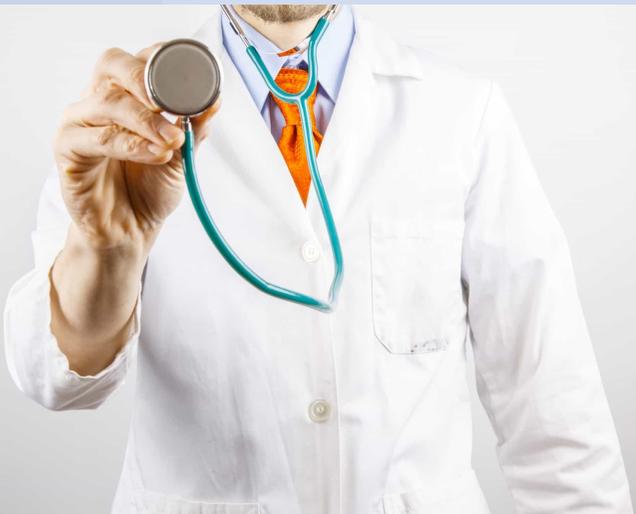
Las autoras declaran no presentar conflictos de interés

Montevideo, Uruguay

gonzalezestefany69@gmail.com



PRESENTACIÓN DEL CASO



Paciente de 41 años

Sexo masculino

Sin antecedentes patológicos

MOTIVO DE CONSULTA: síndrome canalicular irritativo exudativo y fiebre.

EXAMEN FÍSICO:

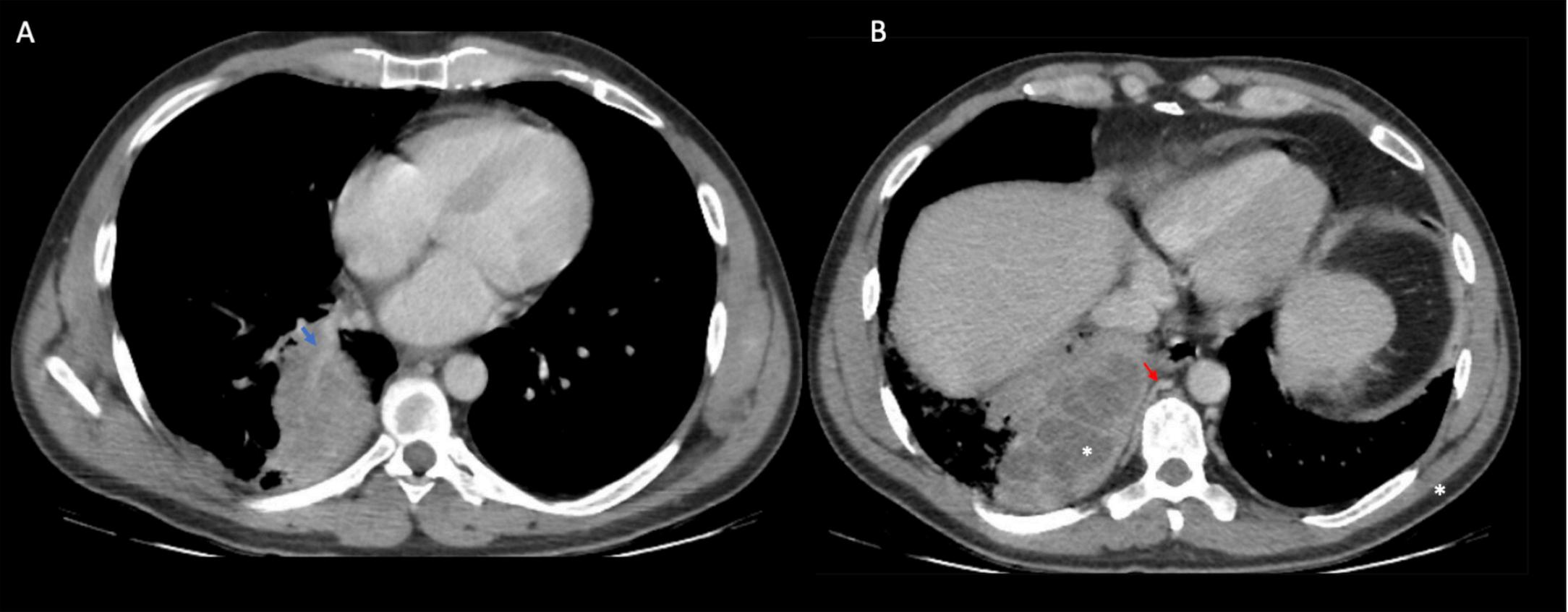
- Buen estado general
- Sin insuficiencia respiratoria
- Estertores crepitantes en base de hemitorax derecho

PARACLINICA

- 25000 globulos blancos con predominio neutrofilico
- Proteina c reactiva de 200
- Sin elementos de daño organico múltiple.

Se solicitó TC de tórax con contraste yodado intravenoso con planteo de infección respiratoria baja.

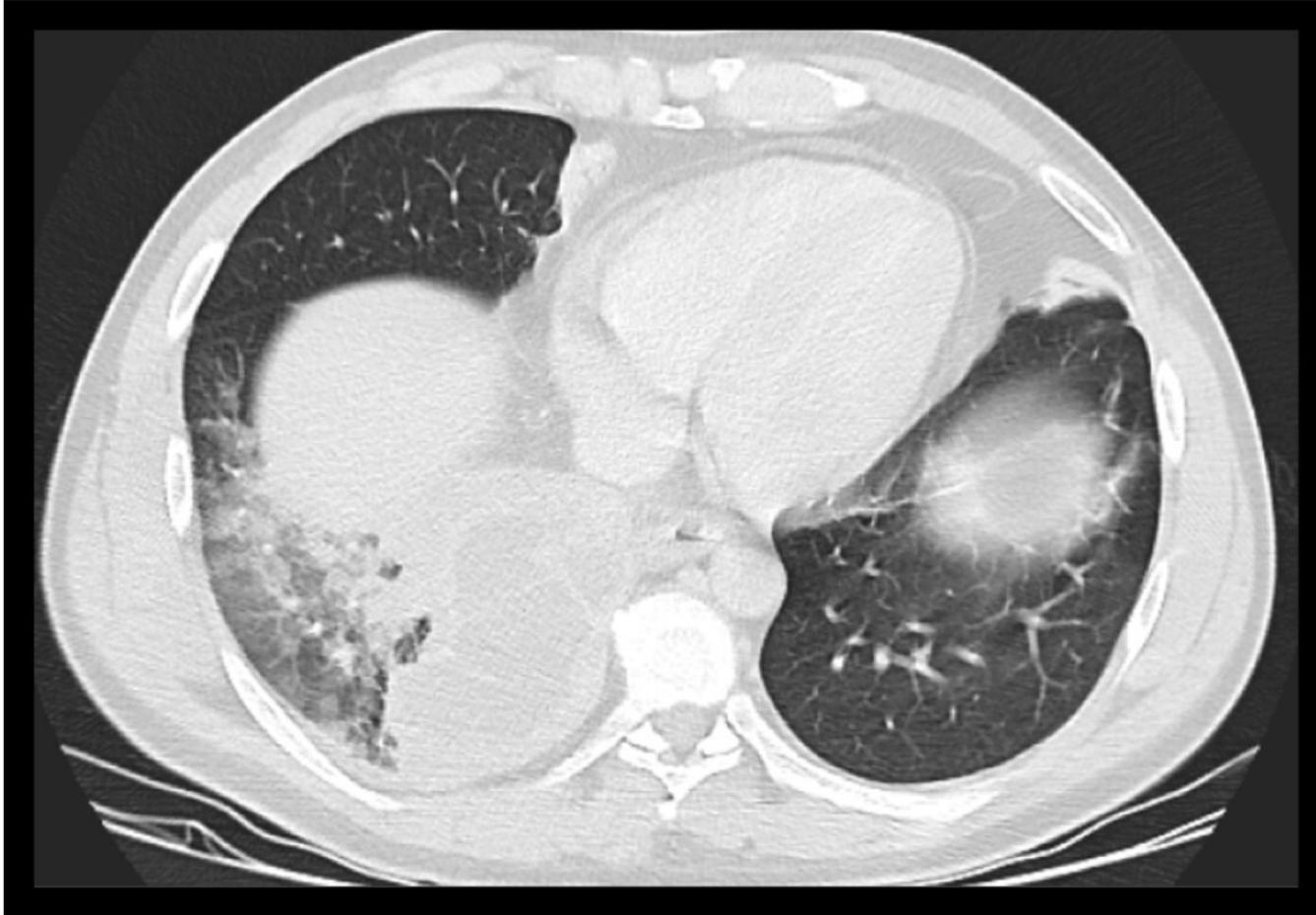
Figura 1.



Cortes axiales de la Tomografía de Tórax con medio de contraste yodado intravenoso en fase venosa, ventana de mediastino. A. Se visualiza la consolidación a nivel de segmento basal posterior del lóbulo inferior derecho, se destaca drenaje hacia vena pulmonar inferior derecha (flecha azul). B. Un corte inferior muestra los sectores quísticos en el interior de la consolidación (asterisco) y la consolidación adyacente asociada. Se visualiza el vaso de aporte proveniente de la aorta torácica descendente (flecha roja).



Figura 2.



Corte axial de la Tomografía de Tórax con medio de contraste yodado intravenoso en fase venosa, ventana de pulmón. Se visualiza la consolidación a nivel de segmento basal posterior del lóbulo inferior derecho y la consolidación adyacente asociada

SECUESTRO PULMONAR

DISCUSIÓN

El secuestro pulmonar es una masa de tejido pulmonar displásico que recibe aporte sanguíneo de un vaso anómalo de la circulación sistémica, frecuentemente de la aorta torácica o abdominal.

Se clasifica en:

Intralobar: no tiene pleura propia y el drenaje venoso es pulmonar.

Extralobar: menos frecuente, tiene pleura propia y el drenaje venoso es sistémico.

Pseudosecuestro: es menos frecuente, en el que se observa un vaso aberrante con tejido pulmonar normal.

La Angio TC de tórax es el estudio de elección para determinar el aporte arterial y el drenaje venoso, y diferenciarlos.

CONCLUSIONES

El secuestro pulmonar es poco frecuente siendo más infrecuente aún en adultos.

Reconocer sus hallazgos imagenológicos característicos permite un correcto diagnóstico y la posibilidad de identificar posibles complicaciones asociadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carrión-Valero F, Marín-Pardo J. Pulmonary sequestration. *Respiration*. 2003 Sep-Oct;70(5):528. doi: 10.1159/000074212. PMID: 14665780.
2. Chakraborty RK, Modi P, Sharma S. Pulmonary Sequestration. 2022 Jul 25. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan–. PMID: 30335347.
3. Walker C.M. Wu C.C. Gilman M.D. Godwin 2nd, J.D. Shepard J-Ao Abbott G.F. The imaging spectrum of bronchopulmonary sequestration. *Curr Probl Diagn Radiol*. 2014; 43: 100-114
4. Gabelloni M, Faggioni L, Accogli S, Aringhieri G, Neri E. Pulmonary sequestration: What the radiologist should know. *Clin Imaging*. 2021 May;73:61-72. doi: 10.1016/j.clinimag.2020.11.040. Epub 2020 Dec 3. PMID: 33310586.
5. Martínez-Besteiro E, Eiros Bachiller JM, Solís García M, Ruiz-Álvarez I. Pulmonary sequestration. *Med Clin (Barc)*. 2022 May 13;158(9):449. English, Spanish. doi: 10.1016/j.medcli.2021.11.004. Epub 2022 Jan 31. PMID: 35109979.