



CASO PROBLEMA

F. M.T. CASTILLA BARAHONA*, J.M. MATA DUASO*
y J. VIDAL QUADRAS**

Servicio de Radiodiagnóstico*.
Servicio de Aparato Respiratorio**.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
Universidad Autónoma. Barcelona.

Mujer de 31 años, sin antecedentes de interés. Desde el año 1978 ha presentado en varias ocasiones episodios de infección respiratoria que ceden con tratamiento antibiótico, siendo etiquetados de neumonía. Ingresa en abril de 1983 por síndrome febril (38'5° C) y escalofríos, sin otra sintomatología acompañante.

A la exploración: temperatura axilar de 38° C, sudoración profusa y estertores crepitantes en base pulmonar izquierda. Resto anodino.

Analítica normal.

Fibroscoopia: sin signos de obstrucción en la luz bronquial.

Diagnóstico: Secuestro pulmonar.

Discusión

Es una anomalía pulmonar congénita en la que una masa de tejido pulmonar aberrante se separa del resto del parénquima, perdiendo sus conexiones normales con el árbol bronquial y arterias pulmonares.

Puede manifestarse de dos formas diferentes^{1,2}:

1: Secuestro intralobular: una parte de tejido pulmonar no funcionando se encuentra incluido en la pleura visceral de un lóbulo pulmonar, rodeado por la misma pleura del pulmón donde asienta.

Su irrigación arterial proviene de la aorta torácica descendente o de la parte superior de la aorta

abdominal. El drenaje venoso se efectúa a través de las venas pulmonares, sistema ácigos o vena cava inferior.

La localización suele ser en segmento basal posterior del lóbulo inferior y en el 60-90 % de los casos en lado izquierdo³.

2: Secuestro extralobular: el segmento anormal del pulmón está completamente separado y envuelto en su propia pleura visceral. Se sitúa entre el lóbulo inferior y el diafragma, dentro de la propia masa diafragmática o en la porción superior del abdomen.

La irrigación arterial procede generalmente de la aorta abdominal o de una de sus ramas. El drenaje venoso es a través de vena cava inferior o sistema ácigos y hemiacigos. Puede asociarse a otras anomalías congénitas, sobre todo anomalías del tracto digestivo^{3,4}, tejido pancreático ectópico, hernia diafragmática, fistula esofagobronquial, duplicación gástrica, etc.

El secuestro suele ser asintomático^{1,5}. Cuando aparece clínica se debe a que ha comunicado con el árbol bronquial, que actúa como vía para la infección. En el secuestro extralobular la infección es rara, debido a que tiene su propia pleura que lo aísla.

El aspecto radiológico muestra multiplicidad de patrones debido a diversas variantes patológicas. El segmento secuestrado no comunicado con vías aéreas del tejido pulmonar contiguo, aparece como una masa homogénea de densidad agua, de forma oval, redondeada o triangular con bordes netos. Si existe comunicación con el árbol bronquial, se presenta radiológicamente como una masa quística

Recibido el 13-7-83 y
aceptado el 22-9-83.

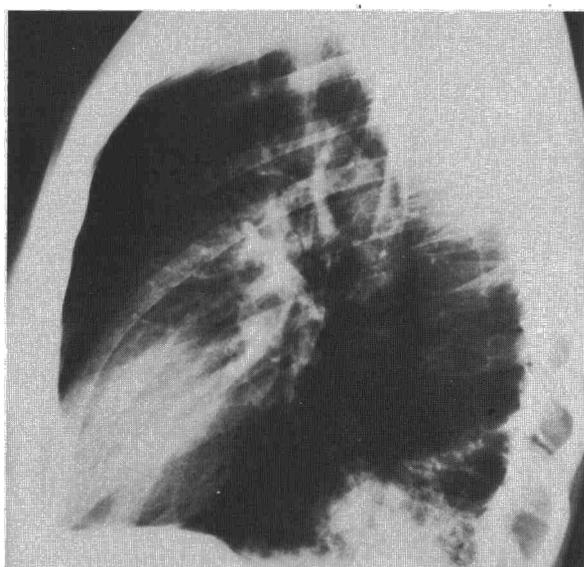
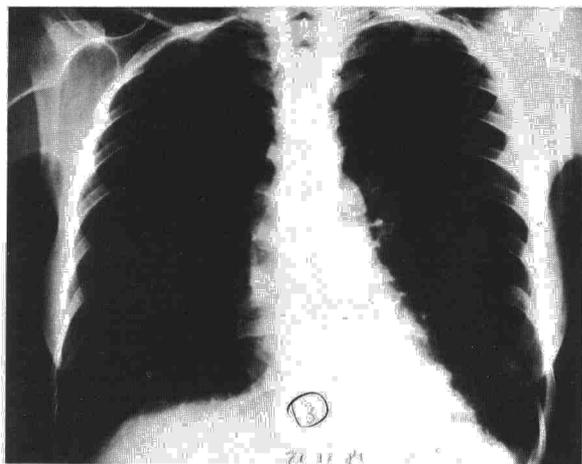


Fig. 1 a y b. Radiografía posteroanterior y lateral de tórax: muestran condensación irregular, de características alveolares, localizada en segmentos posterobasales del lóbulo inferior izquierdo.

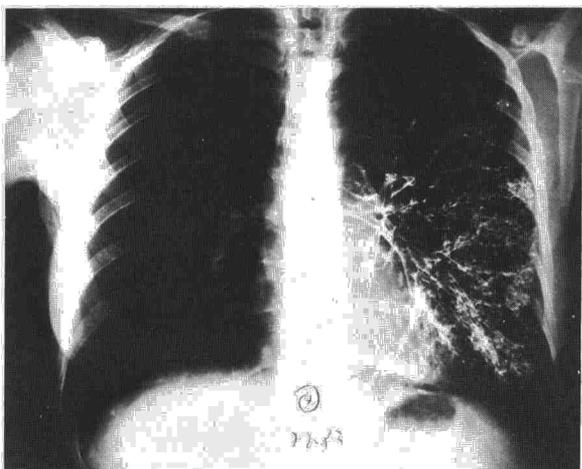


Fig. 2 a. Broncografía posteroanterior: se observa desplazamiento lateral de los bronquios más mediales del lóbulo inferior izquierdo.

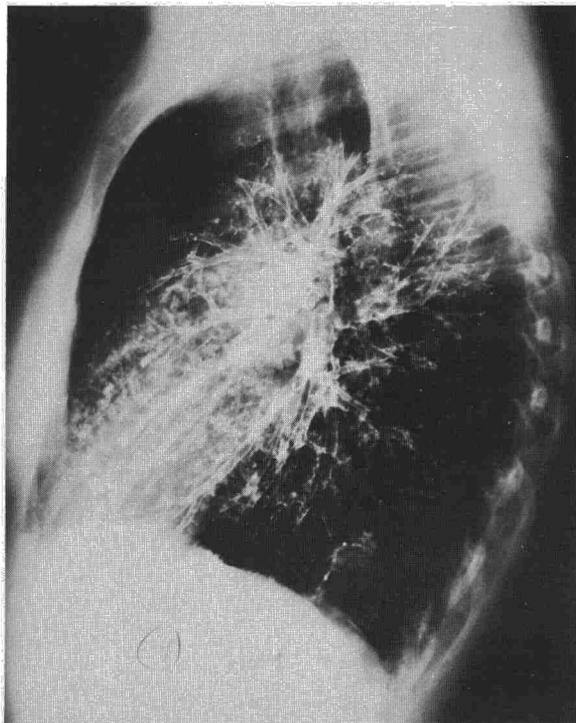


Fig. 2 b. Broncografía lateral: no se observa presencia de contraste ni ramificaciones bronquiales en la porción posterior del lóbulo inferior izquierdo. Todo ello sugiere la presencia de una lesión pulmonar sin comunicación con el árbol bronquial y que desplaza al mismo.

con contenido aéreo con o sin niveles^{2,4}. En ambos casos la localización preferida es en segmentos posteriores del lóbulo inferior (sobre todo izquierdo) y contigua al diafragma.

Se ha descrito un caso de secuestro pulmonar intralobular conteniendo calcio⁶.

El diagnóstico puede hacerse con la broncografía⁵. Los bronquios normales no entran en la lesión, pero están desplazados alrededor de ella. El bronquio visible se ramifica en pequeñas ramas, que delimitan el segmento pulmonar secuestrado. El medio de contraste no suele penetrar en la lesión: si ocurre esto, el árbol bronquial opacificado se visualiza festoneado alrededor de la masa.

El diagnóstico preoperatorio es importante debido a los peligros que supone la sección del vaso sistémico anómalo durante la resección quirúrgica⁴. Sin embargo, la evaluación preoperatoria puede no incluir la aortografía, dependiendo de la preferencia y experiencia del cirujano.

El diagnóstico definitivo depende de la opacificación del vaso anómalo al realizar una aortografía. Esta demuestra uno o más vasos anómalos sistémicos penetrando en la masa⁵. Este vaso sistémico generalmente surge justo en o ligeramente por debajo del nivel del diafragma.

El tratamiento es quirúrgico⁷, consistiendo en lobectomía o segmentectomía.



Como conclusión final, el diagnóstico de sequestro pulmonar debe tenerse en cuenta cuando se visualiza una lesión quística cavitaria en bases pulmonares (sobre todo izquierda) y que muestra infecciones recurrentes.

BIBLIOGRAFIA

1. Felson B: The many faces of pulmonary sequestration. *Semin Roentgenol* 1972; 7: 3-16.
2. Fraser RG, Paré JAP: Pulmonary abnormalities of developmental origin. En: *Diagnosis of diseases of the chest*. Philadelphia. Ed Saunders, 1978; 606-612.
3. Thornhill BA, Cho KC, Morehouse HT: Gastric duplication associated with pulmonary sequestration: CT Manifestations. *AJR* 1982; 138: 1168-1171.
4. Choplin RH, Siegel MJ: Pulmonary sequestration: six unusual presentations. *AJR* 1980; 134: 695-700.
5. Kirks DR, Effmann EL, Osborne D: Pulmonary diagnosis. En: *Chest masses in infants and children*. Charles E Putman. AAC 1981; 274.
6. Turner RJ, Hayward RW: Calcification in pulmonary sequestration. *Radiology* 1977; 124: 15-16.
7. Telander RL, Lennox C, Sieber W: Sequestration of the lung in children. *Mayo Clin Proc* 51: 578-584.

Reunión Anual de la Sociedad Europea de Fisiología Clínica Respiratoria (SEPCR)

Barcelona, 11 a 15 de junio 1984

Programa preliminar

Lunes, 11 de junio

Symposium: *Control autonómico del tono bronquial*

Martes, 12

Conferencia inaugural: A. Lockhart, presidente SEPCR.

ESTRUCTURA Y FUNCION DE LOS MUSCULOS RESPIRATORIOS

Conferencia magistral. T. Sears (Londres).

Comunicaciones libres y posters.

Symposium: *Mecánica de la pared torácica.*

A. de Troyer (Bruselas): Acción e interacción de los músculos respiratorios.

R. Peslin (Nancy): Estática y dinámica de la pared torácica.

J. Milic Emili (Montreal): Respiración en carga.

Miércoles, 13

FISIOLOGIA APLICADA DE LA PARED TORACICA

Conferencia magistral. E. d'Angelo (Milán).

Comunicaciones libres y posters.

Symposium: *Fatiga muscular respiratoria.*

J. Moxham (Londres): Fisiología de la musculatura respiratoria.

Ch. Roussos (Montreal): Interacción entre S.N.C. y la fatiga muscular.

B. Saltin (Copenhage): Entreno y fatiga muscular.

Jueves, 14

LA PARED TORACICA EN LA ENFERMEDAD

Conferencia magistral: N.B. Pride (Londres)

Comunicaciones libres y posters.

Symposium: *Aspectos clínicos de los músculos respiratorios.*

M. Green (Londres): Test de la musculatura respiratoria.

M. Aubier (Clichy): Farmacoterapia.

J.C. Yernault (Bruselas): Asistencia mecánica.

Los días lunes, 11; viernes, 15 y sábado 16 de junio se celebrarán reuniones paralelas de los diferentes grupos de trabajo de la SEPCR.

Información:

Secretariado de la Conferencia Anual de la SEPCR
OTAC, SA

Sepúlveda, 45-47

BARCELONA-15

Tel. 223 94 08

XIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Patología Respiratoria.

Barcelona, 2, 3 y 4 de mayo de 1984

Comité Organizador:

Presidentes:

Dr. Gerardo Manresa Formosa

Dr. Francisco Coll Colomé

Secretario:

Dr. Gonzalo Vidal López

Tesorero:

Dr. José Luis Marín Ripoll

Avance del programa científico

—Supuraciones broncopulmonares, Dr. Morente Campos y Dr. Sánchez Lloret.

—Eosinofilia pulmonar, Dr. F. Morell Brotad.

Para información y cuotas de inscripción, dirigirse a:

Secretaría Técnica. SEPAR, Rosellón, 285 - Tel. 257 48 39, Barcelona-37.

Secretaría e Información. Inter-Congres, Gran Vía, 646, 4.º 4.ª - Tel. (93) 301 55 77, Barcelona-7.