

En otros estudios encaminados a reducir estas infecciones se ha demostrado la eficacia del uso de un diluyente pH alto (como el del epoprostenol) y de las medidas adicionales para el cuidado del catéter venoso⁴⁻⁶. El diseño del estudio de Kitterman et al. no permite discernir la superioridad de una u otra medida en la reducción del número de infecciones del torrente sanguíneo. Dado que en Europa no es posible preparar treprostinil con un diluyente de pH alto, se requiere que los esfuerzos educativos deberían centrarse en el entrenamiento del paciente para evitar las infecciones a través de las técnicas simples pero eficaces, como cumplimiento estricto de las condiciones de higiene, la colocación del filtro bacteriano dentro de la línea de perfusión, la introducción de un conector cerrado (sistema *closed-hub*) y especialmente el mantenimiento de las juntas de conexión del catéter venoso central, limpias y secas en todo momento.

Finalmente, en cuanto a las conclusiones de López Medrano et al.¹, la decisión de utilizar una u otra forma de prostaciclina i.v. se basa en los resultados de un estudio observacional, no controlado, con una población muestral pequeña y sin hacer referencia a los cambios de la práctica que pueden haber tenido lugar desde la introducción de las pautas locales de cuidado del catéter, como se ha señalado previamente. Se necesitaría un estudio más amplio, controlado y diseñado a tal efecto, según lo sugerido por las Guías de Práctica Clínica en cuanto a recomendaciones y niveles de evidencia.

La mejora del manejo de tratamiento con prostaciclina parenterales es uno de los retos actuales que podría repercutir en la morbilidad, la mortalidad y la calidad de vida en general de los pacientes con HAP.

Bibliografía

1. Lopez-Medrano F, Fernandez Ruiz M, Ruiz Cano MJ, Barrios E, Vicente-Hernandez M, Aguado JM, et al. Alta incidencia de bacteriemia por bacilos gramnegativos en pacientes con hipertensión pulmonar tratados con treprostinil por vía intravenosa. Arch Bronconeumol. 2012; <http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2012.06.005>. Epub ahead print.
2. Kitterman N, Poms A, Miller DP, Lombardi S, Farber HW, Barst RJ. Bloodstream infections in patients with pulmonary arterial hypertension treated with intravenous prostanooids: insights from the REVEAL REGISTRY®. Mayo Clin Proc. 2012;87:825-34.
3. Doran AK, Ivy DD, Barst RJ, Hill N, Murali S, Benza RL, Scientific Leadership Council of the Pulmonary Hypertension Association. Guidelines for the prevention of central venous catheter-related blood stream infections with prostanoid therapy for pulmonary arterial hypertension. Int J Clin Pract Suppl. 2008;160:5-9.
4. Rich JD, Glassner C, Wade M, Coslet S, Arneson C, Doran A, et al. The effect of diluent pH on bloodstream infection rates in patients receiving IV treprostinil for pulmonary arterial hypertension. Chest. 2012;141:36-42.
5. Ivy DD, Calderbank M, Wagner BD, Dolan S, Nyquist AC, Wade M, et al. Closed-hub systems with protected connections and the reduction of risk of catheter-related bloodstream infection in pediatric patients receiving intravenous prostanoid therapy for pulmonary hypertension. Infect Control Hosp Epidemiol. 2009;30:823-9.
6. Akagi S, Matsubara H, Ogawa A, Kawai Y, Hisamatsu K, Miyaki K, et al. Prevention of catheter-related infections using a closed hub system in patients with pulmonary arterial hypertension. Circ J. 2007;71:559-64.

Miguel Angel Gómez Sánchez

Unidad de Insuficiencia Cardíaca, Trasplante e Hipertensión Pulmonar, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

Correo electrónico: mgomez.s.hdoc@salud.madrid.org

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2012.09.003>

Secuestro pulmonar

Pulmonary Sequestration

Sr. Director:

El secuestro pulmonar es una masa de tejido pulmonar que no se comunica con la vía respiratoria central y que recibe su aporte sanguíneo a través de la circulación general.

Presentamos el caso de una mujer de 76 años, sin antecedentes personales de interés, con hallazgo incidental de masa retrocardíaca izquierda en un estudio preoperatorio rutinario. Se amplió el estudio mediante la realización de tomografía computarizada (TC) con contraste intravenoso, apreciándose una masa de tejido blando bien delimitada en la región posteroinferior de hemitórax izquierdo (fig. 1A) con aporte arterial procedente de la aorta torácica descendente (fig. 1B) y drenaje venoso a la vena hemiaxílica izquierda (fig. 1C y D).

Los secuestros pulmonares se dividen en intralobulares y extralobulares. Los secuestros intralobulares son lesiones adquiridas, posiblemente como consecuencia de una obstrucción bronquial crónica o de una neumonía. El 98% se producen en los lóbulos inferiores y se caracterizan por no estar recubiertos de pleura propia¹. Su irrigación arterial proviene de una arteria de la circulación sistémica, mientras que el drenaje venoso se realiza a la circulación pulmonar. La incidencia máxima del secuestro intralobular se sitúa en adultos jóvenes, y los síntomas suelen consistir en infecciones de repetición.

Los secuestros extralobulares son lesiones congénitas que se detectan en la mayor parte de los casos en la infancia, aunque también pueden detectarse durante el periodo prenatal mediante ecografía^{2,3}. El 60% de localizan en el hemitórax izquierdo y se caracterizan por tener envoltura pleural propia. Su irrigación arterial se produce a través de la circulación sistémica, mientras que el retorno venoso es lo que les diferencia de los intralobulares al realizarse a través de la circulación general. Suelen ser

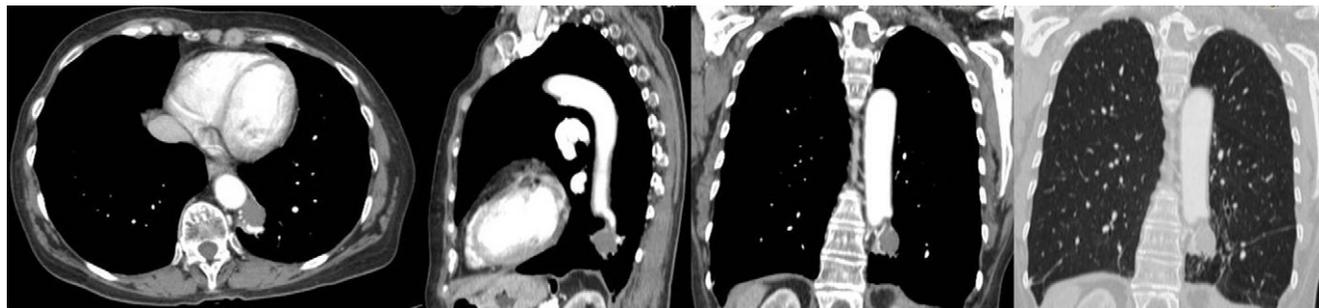


Figura 1. Estudio mediante tomografía computarizada con contraste intravenoso.

asintomáticos, aunque es frecuente que se asocien a otras anomalías congénitas como la hernia diafragmática o la cardiopatía congénita⁴.

Los secuestros se manifiestan típicamente en las radiografías de tórax como opacidades focales de bordes bien o mal definidos. Los secuestros extralobulares tienden a ser adyacentes al mediastino, por lo que se pueden confundir con tumores mediastínicos. Los secuestros intralobulares pueden contener aire, presentar bordes mal definidos e imitar una neumonía o un absceso pulmonar. En la TC es frecuente la visualización de enfisemas adyacentes a estos secuestros.

El diagnóstico clave se realiza al visualizar el aporte vascular por las arterias de la circulación general, lo que permite diferenciar los secuestros de los quistes broncogénicos, atelectasias lobulares, neumonías necrosantes u otro tipo de anomalías parenquimatosas⁵.

Bibliografía

1. Hansell DM, Armstrong P, Lynch DA, McAdams GP, editores. Torax. Diagnóstico radiológico. Madrid: Marbán; 2007.
2. Felker RE. Tonkin ILD imaging of pulmonary sequestration. *AJR*. 1990;154:241-9.
3. Andrade CF, Ferreira HP, Fischer GB. Congenital lung malformations. *J Bras Pneumol*. 2011;37:259-71.
4. Sfakianaki AK, Copel JA. Congenital cystic lesions of the lung: congenital cystic adenomatoid malformation and bronchopulmonary sequestration. *Rev Obstet Gynecol*. 2012;5:85-93.
5. Büyükoğlan H, Mavili E, Tutar N, Kanbay A, Bilgin M, Oymak FS, et al. Evaluation of diagnostic accuracy of computed tomography to assess the angioarchitecture of pulmonary sequestration. *Tuberk Toraks*. 2011;59:242-7.

Victoria Mayoral-Campos*, Beatriz Carro-Alonso,
José Andrés Guirola-Ortiz
y José Luis Benito-Arévalo

*Servicio de Radiología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa,
Zaragoza, España*

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: vickymayoral@gmail.com
(V. Mayoral-Campos).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2012.09.004>