

### Secuestro pulmonar intralobular dependiente de una arteria intercostal

**Sr. Director:** Presentamos el caso de una mujer joven con múltiples episodios de infecciones respiratorias de repetición, en ocasiones con esputo hemoptoico, reacción pleural y un infiltrado pulmonar basal izquierdo, cuyo diagnóstico final fue un secuestro pulmonar intralobular con vascularización dependiente de una arteria intercostal. La rareza del caso reside en la irrigación arterial del secuestro, que procede de una intercostal, de los que únicamente hemos encontrado en la bibliografía 5 casos publicados.

Se trataba de una paciente de 25 años, fumadora de 10 paquetes/año, sin antecedentes de interés. Refería múltiples episodios, 2 o 3 al año, de tos, febrícula y expectoración mucopurulenta que mejoraban con tratamiento antibiótico. La enfermedad actual se inició un mes antes del ingreso con dolor pleurítico basal izquierdo, sensación distérmica, tos persistente con expectoración purulenta y en alguna ocasión hemoptoica. Ingresó en nuestro servicio para estudio. Destacaban únicamente a la exploración unos estertores crepitantes inspiratorios en la base izquierda. La analítica demostró una velocidad de sedimentación globular (VSG) de 38 mm y un fibrinógeno de 539 mg/dl, siendo el resto normal. Los estudios repetidos del esputo de microbiología y citología eran negativos. El Mantoux fue negativo, y la espirometría forzada era normal, igual que el ECG. La radiografía del tórax objetivó un infiltrado homogéneo, sin broncograma aéreo en la base pulmonar izquierda, más un pinzamiento del seno costofrénico del mismo lado. Tras una mejoría clínica, la paciente pidió el alta voluntaria y volvió a ser controlada un mes más tarde, ya que seguía con molestias torácicas, tos y expectoración mucopurulenta, sin observarse diferencias clínicas ni analíticas respecto a la anterior exploración, por lo que se decidió el ingreso para continuar el estudio. Se practicó una fibrobroncoscopia, donde se observaron restos hemáticos del lóbulo inferior izquierdo (LII), signos inflamatorios en la mucosa bronquial y acumulaciones de secreciones purulentas. Los cultivos y la citología del BAS fueron negativos. La tomografía axial computarizada (TAC) torácica demostró un patrón alveolar localizado en el LII, con una pequeña área de cavitación en su interior, y escasa cantidad de líquido pleural cercana a la lesión. La gammagrafía pulmonar demostró un déficit de perfusión en los segmentos anterior y laterobasales izquierdos del LII, indeterminado para la existencia de tromboembolismo pulmonar. El DIVAS pulmonar indicó un defecto de perfusión segmentario basal izquierdo. La arteriografía torácica puso de manifiesto una hipervascularización pulmonar dependiente de la novena intercostal izquierda en el segmento lateral del LII, con retorno venoso a las venas pulmonares. Se intervino quirúrgicamente, y se realizó una lobectomía inferior reglada. El informe anatómopatológico describía una zona del parénquima pulmonar anómala, asociada a fibrosis cicatricial y vascularización anómala, confirmando el diagnóstico de secuestro pulmonar intralobular.

Se considera secuestro cuando existe una porción del parénquima pulmonar que cumple dos condiciones: primero, que la morfología de la zona lesionada suele presentar alguna alteración en el desarrollo, preferentemente vascular. Segundo, la irrigación principal debe depender de una arteria sistémica, que en el 80% de los casos corresponde a la aorta torácica<sup>1</sup>. El secuestro pulmonar intralobular es una malformación congénita consistente en un segmento desprendido del tejido pulmonar que recibe irrigación de una arteria anómala procedente de la aorta torácica o abdominal, o de una de sus ramas principales, mientras que el drenaje venoso va hacia las venas pulmonares, produciéndose un cortocircuito izquierdo-izquierdo. El área afectada contiene espacios quísticos tapizados por el epitelio cilado columnar. No existe conexión con el árbol bronquial normal, y es por tanto una parte del pulmón no activa. Se consideran dos tipos de secuestro, el intralobular y el extralobular, siendo más frecuente el primero en una relación 6:1<sup>1</sup>. En el intralobular, la zona lesionada se encuentra cubierta por la pleura visceral normal del pulmón. El extralobular se hallaría fuera de esta cubierta pleural y se asocian otras malformaciones. El diagnóstico es por arteriografía selectiva. Sin embargo, en los últimos años la resonancia magnética ha empezado a perfilarse como una técnica esencial en el estudio del secuestro pulmonar<sup>2</sup>. Hasta el año 1975 se habían descrito 450 casos de secuestro<sup>3</sup>. En dos tercios de los casos, el secuestro se localiza en el segmento inferior izquierdo y puede asociarse con otras anomalías congénitas como el divertículo esofagobronquial o la duplicación gástrica, y la existencia de tales asociaciones se da en 105 de estos casos. En una revisión de 114 casos de secuestro intralobular, únicamente cinco procedían de una arteria intercostal<sup>1</sup>, siendo la mayoría dependientes de la arteria descendente torácica con 74 casos.

La imagen de la cavidad aérea que se visualizaba en la TAC y que confirma la AP se debe a la presencia de un absceso en el secuestro pulmonar, producido porque éste entra en contacto en algún momento con el interior del bronquio, lo que favorece las infecciones<sup>1</sup>.

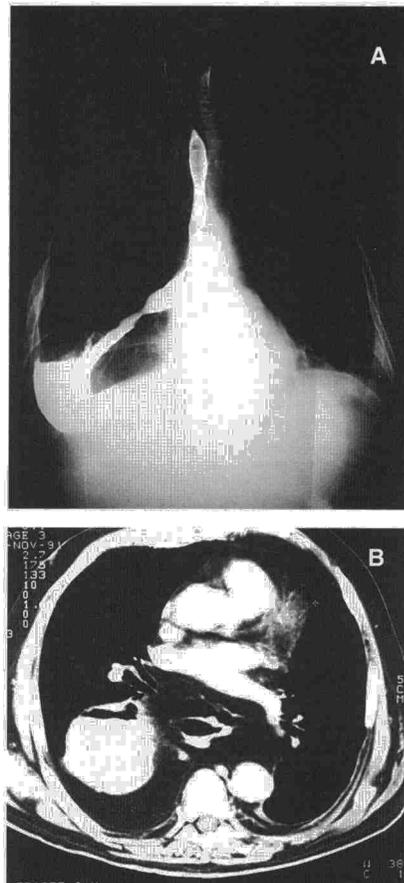
**J. Serra Batlles, N. Roger y V. Plaza**  
Sección de Neumología. Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Vic. Barcelona.

1. Estopá R, Ramírez J. Masa pulmonar cavitada en un varón de 19 años. *Med Clin (Barc)* 1992; 98: 790-796.
2. Lana R, Sánchez-Alarcos JMF, Arrazola J, Torres A, Martínez R, Álvarez-Sala JL. Diagnóstico definitivo del secuestro pulmonar por resonancia magnética. Descripción de tres casos. *Arch Bronconeumol* 1997; 33: 101-103.
3. Savic B, Birtel FJ, Tholen W, Funke HD, Knoche R et al. Lung sequestration: report of seven cases and review of 450 published cases. *Thorax* 1979; 43: 96-101.
4. Turk L, Newton Y, Lindsog GE. The importance of angiographic diagnosis in intralobar pulmonary sequestration. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1961; 41: 299-305.

### Herniación diafragmática gigante del adulto y ventilación mecánica no invasiva. A propósito de un caso clínico

**Sr. Director:** La hernia diafragmática congénita de Bochdalek (HB) es infrecuente en la edad adulta, de curso asintomático, su diagnóstico con frecuencia es un hallazgo radiológico, constituyendo la cirugía el tratamiento de elección<sup>1</sup>; no obstante, ante situaciones con grave deterioro de la función respiratoria y negación del paciente a la cirugía, la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) puede constituir un tratamiento alternativo. Presentamos un caso.

Varón de 76 años, sin antecedentes traumáticos o quirúrgicos; desde los 56 años refería disnea con el esfuerzo. La radiografía del tórax (fig. 1A) a los 60 años de edad reveló una elevación del hemidiafragma derecho, con un nivel hidroaéreo supradiafragmático; un estudio con bario esófago gastroduodenal demostró una gran herniación diafragmática, con presencia de la cavidad gástrica, asas intestinales, bazo y epilón en el tórax. La tomografía computarizada (TC) del tórax



**Fig. 1A.** Radiografía del esófago gastroduodenal con presencia de la cavidad gástrica rotada en el tórax, por debajo del pulmón derecho. **B.** TC que demuestra un gran defecto del diafragma con herniación visceral abdominal, estómago y asas intestinales en el hemitórax derecho en el paciente con HB.