

NOTA CLÍNICA

Secuestro pulmonar intralobar sobreinfectado, a propósito de un caso**A.M. Tierra Rodríguez¹, A. Jiménez Romero², R. Fernández Mellado², E. Juárez Moreno², E. Castro Rodríguez², J. Ortiz de Saracho y Bobo²**¹Medicina Interna, ²Neumología. Hospital El Bierzo. Ponferrada, León.

Rev Patol Respir. 2017; 20(3): 91-93

Resumen

El secuestro pulmonar es una malformación congénita poco frecuente, generalmente asintomática hasta que la lesión se infecta, debutando entonces como infecciones respiratorias de repetición. El diagnóstico se confirma mediante pruebas de imagen que permitan objetivar el tejido pulmonar no funcionante irrigado por circulación sistémica. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica con ligadura de los vasos nutricios.

Palabras clave: Secuestro pulmonar; Malformación pulmonar congénita; Infección respiratoria.

Abstract

Pulmonary sequestration is a rare congenital abnormality. Most of them are asymptomatic but they can appear as recurrent respiratory infections. Radiological tests bring to light a non functioning mass of lung that receives its arterial blood supply from the systemic circulation. Treatment is made with a surgical resection by bonding the vascular supply.

Key words: Pulmonary sequestration; Congenital lung abnormality; Respiratory tract infections.

Introducción

A continuación describimos un caso clínico representativo sobre el secuestro pulmonar. El objetivo principal es mostrar las características típicas de esta anomalía, la clínica más habitual, las pruebas complementarias necesarias para el diagnóstico y ofrecer una visión del manejo fundamental de esta malformación poco frecuente.

Observación clínica

Varón de 43 años, exfumador y sin antecedentes personales relevantes. Presenta infecciones respiratorias de repetición con respuesta parcial a antibióticos. Tras tres episodios de neumonía basal izquierda se decide ingreso para estudio.

En la exploración física destacan crepitantes en campo medio izquierdo y abolición de vibraciones vocales en tercio inferior izquierdo, resto de la exploración sin alteraciones.

Análiticamente tiene una leve leucocitosis con procalcitonina negativa. La gasometría y las pruebas de función

pulmonar se encuentran dentro de los límites de la normalidad. En la radiografía de tórax (Fig. 1) se observa un aumento de densidad en lóbulo inferior izquierdo con patrón alveolar por lo que se amplía estudio con tomografía computarizada (TC) torácica (Figs. 2A y 2B) en los que se objetiva una densa consolidación parenquimatosa, a nivel del lóbulo pulmonar inferior izquierdo, con un vaso de drenaje venoso directo a venas pulmonares y drenaje arterial anómalo dependiente de una rama vascular procedente de la aorta torácica descendente. Además, no tiene envoltura pleural independiente y se asocia a un patrón alveolar y en vidrio deslustrado que afecta al resto del lóbulo pulmonar inferior izquierdo, siendo sugestivo todo ello de secuestro pulmonar intralobar.

Tras los hallazgos descritos por la TC y el contexto clínico compatible, el paciente se diagnostica de secuestro pulmonar intralobar sobreinfectado.

Durante el ingreso presenta buena evolución clínica con antibioterapia de amplio espectro y, una vez resuelto su proceso infeccioso, se remite a Cirugía Torácica del hospital de referencia para tratamiento quirúrgico definitivo.

Correspondencia: Dra. Ana María Tierra Rodríguez. Medicina Interna. Hospital El Bierzo. Calle Médicos sin Fronteras, 7. 24404 Ponferrada (León). E-mail: any-lind@hotmail.com

Recibido: 22 de febrero de 2017; *Aceptado:* 13 de julio de 2017

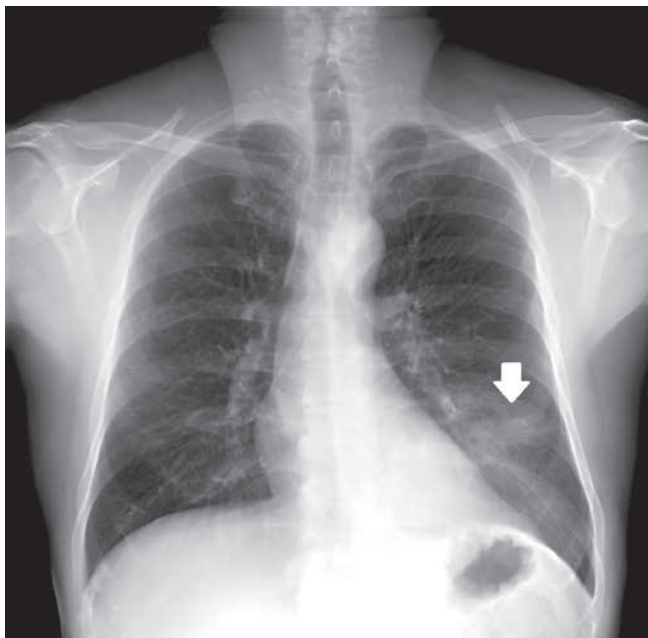


Figura 1. Aumento de densidad retrocardiaca en lóbulo inferior izquierdo. Véase que respeta silueta.

Finalmente, se realiza lobectomía basal izquierda con buenos resultados visibles en TC de control (Fig. 2C), encontrándose el paciente asintomático en la actualidad y sin nuevos episodios infecciosos durante un año de seguimiento.

Discusión

El secuestro pulmonar, también denominado enfermedad poliústica de pulmón con irrigación arterial sistémica, pulmón supernumerario o accesorio, pulmón aberrante o lóbulo de Rokitansky, es una malformación pulmonar congénita, que consiste en una masa de tejido pulmonar no funcionando separado del resto del parénquima pulmonar, que aparece más frecuentemente en lóbulos inferiores, sobre todo de lado izquierdo. Se caracteriza por presentar irrigación individual

por una arteria sistémica, generalmente de la aorta torácica¹ (descendente o, menos usual, abdominal) y más raramente de intercostales.

Puede ser intralobar si está recubierto por la misma pleura visceral que el resto del pulmón o extralobar (también denominado extrapulmonar) si presenta pleura visceral propia. El secuestro pulmonar extralobar generalmente es de presentación neonatal, recibe irrigación de una arteria sistémica pequeña, drena a la aurícula derecha y se suele asociar a otras malformaciones.

Los secuestros pulmonares son malformaciones congénitas poco frecuentes y con pobre representación en la literatura actual (0,15 al 6,45% del total de anomalías broncopulmonares)². El secuestro intralobares el tipo más frecuente (75% del total de secuestros pulmonares)³, y la mayoría son de afectación unilateral. Suele diagnosticarse a edades tempranas, como en niños y adultos jóvenes¹, por lo que es excepcional encontrarlos a edades más tardías.

Clínicamente son asintomáticos, hasta que la lesión se infecta, debutando entonces como neumonías o infecciones respiratorias de repetición⁴ como en nuestro caso. Ocasionalmente pueden producir síntomas aislados como disnea o hemoptisis.

Para el diagnóstico son necesarias pruebas de imagen que visualicen la vascularización anómala, como la ecografía doppler, la TC helicoidal o resonancia magnética torácica.

Cada vez son más utilizadas nuevas técnicas, como angioTC de alta resolución y reconstrucciones multiplanares que han sustituido a pruebas tradicionales invasivas como la arteriografía (utilidad más prequirúrgica que diagnóstica). Radiográficamente el secuestro pulmonar intralobar se presenta como una opacidad basal bien delimitada, homogénea o con quistes. La existencia de este tipo de condensaciones en lóbulos inferiores, generalmente de repetición, hace necesario contemplar el diagnóstico diferencial del secuestro pulmonar con diversas patologías, como neumonías, enfermedad obstructiva crónica o tumores pulmonares⁵.

El tratamiento para ambos tipos de secuestro pulmonar es quirúrgico², tanto por vía convencional como por vídeo-toracoscopia mediante segmentectomía o lobectomía, con ligadura de los vasos nutricios. Si bien es cierto que hay descritos casos de involución espontánea⁶, manejados de

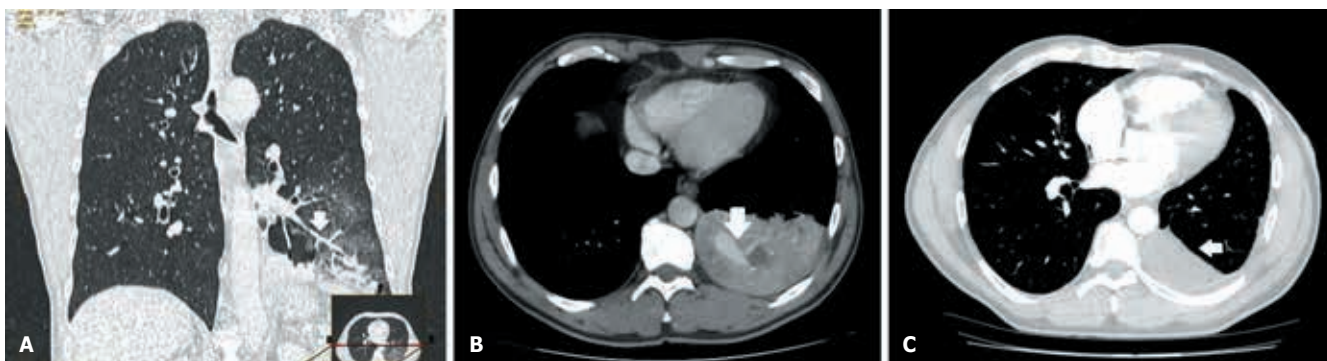


Figura 2. A) y B) Cortes coronal y axial de consolidación en base izquierda con irrigación vascular propia (flecha) compatible con secuestro pulmonar. C) Corte axial tras lobectomía izquierda sin secuestro pulmonar.

forma conservadora o incluso mediante intervencionismo con embolización de la arteria aberrante⁷, por lo general se recomienda la cirugía tanto en pacientes sintomáticos como en asintomáticos⁸ y suele ofrecer buenos resultados, como en nuestro caso.

Bibliografía

1. González R, Saldías FR, Alarcón CE, Seguel SE, Stockins A, et al. Secuestro pulmonar: 8 casos. Trabajos científicos. Rev Chilena de Cirugía. 2004; 56: 237-42.
2. Feijó Andrade C, Da Costa Ferreira HP, Bueno Fischer G. Congenital lung malformations. J Bras Pneumol. 2011; 37: 259-71.
3. Gutiérrez Lara JA, Márquez Pérez FL. Malformaciones y alteraciones del desarrollo del aparato respiratorio. En: Álvarez-Sala Walther JL, Casan Clará P, Rodríguez de Castro F, Rodríguez Hermosa JL, Villena Garrido V, eds. Neumología clínica. Barcelona: Elsevier; 2010. p. 813-21.
4. Fontalba Navas M, Sánchez Gil J, Calvo Bonachera J. Secuestro pulmonar bilateral en el adulto: aportación de un caso y revisión de la literatura. Arch Bronconeumol. 2013; 49: 410-1.
5. Palmowski M, Schreiner K, Hansmann J, Grenacher L. Bronchopulmonary sequestration: A differential diagnosis in young adults for recurrent pneumonia. Lancet. 2007; 369: 1318.
6. García-Peña P, Lucaya J, Hendry GM, McAndrew PT, Durán C. Spontaneous involution of pulmonary sequestration in children: A report of two cases and review of the literature. Pediatr Radiol. 1998; 28: 266-70.
7. Park ST, Yoon CH, Sung KB, Yoon HK, Goo DE, Kin KS, et al. Pulmonary sequestration in a newborn infant: Treatment with arterial embolization. J Vasc Interv Radiol. 1998; 9: 648-50.
8. Mautone M, Naidoo P. A case of systemic arterial supply to the right lower lobe of the lung: imaging findings and review of the literature. J Radiol Case Rep. 2014; 8: 9-15.