



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

P-093 - 'TODO TUMOR ES UNA MASA, PERO NO TODA MASA ES UN TUMOR'. SECUESTRO PULMONAR

F. Cabezudo Moreno, E. Díaz García, M.B. Esteban Rojas, J.C. Batalla Garlito, N. Quevedo Saldaña y M. González Manso

CS Zona Centro.

Resumen

Descripción del caso: Se trata de una paciente, mujer de 67 años, con AP de bronquiectasias, fibrilación auricular paroxística no anticoagulada ni antiagregada, insuficiencia aórtica y mitral ligera y osteoporosis, que acude a consulta de Atención Primaria por cuadro catarral, con tos y expectoración oscura y purulenta. En la exploración física sólo destaca la presencia de roncus aislados en ambos campos pulmonares. Inicia tratamiento con levofloxacino y mucolítico. Solicitamos analítica, radiografía de tórax y TC tórax. En TC se diagnostica de secuestro pulmonar intralobular con drenaje pulmonar y aporte arterial sistémico de ramas de aorta abdominal. Por lo tanto, se deriva a la paciente a Neumología, donde se le realiza espirometría y broncofibroscopia, con resultados dentro de la normalidad. Presentan el caso clínico en sesión médica-quirúrgica, y se decide remitir a la paciente a Cirugía Torácica con indicación de lobectomía inferior derecha. Se realiza resección pulmonar con estudio anatómo-patológico de la muestra, obteniendo resultados dentro de la normalidad. Actualmente, la paciente se encuentra asintomática.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración física sólo destaca presencia de roncus aislados en ambos campos pulmonares. AC rítmica sin soplos. FC 79 lpm; SatO₂ 97%. Solicitamos analítica, radiografía de tórax y TC tórax. En resultados analítica, valores dentro de la normalidad. En TC tórax se localiza a nivel basal de LID una masa de 50 × 36 mm con características quísticas y contenido líquido. Adyacente, pequeña área condensativa pulmonar. Dicha masa presenta estructuras vasculares internas. Estos hallazgos sugieren como posibilidad diagnóstica un secuestro pulmonar intralobular con drenaje pulmonar y aporte arterial sistémico de ramas de aorta abdominal. Derivamos a la paciente a neumología. En consulta de neumología, espirometría con FVC 106%; FEVI 99%; FEVI/FVC 77%, DLCO/VA 92%. En broncofibroscopia: normalidad endobronquial, citología BAS negativa para malignidad, microbiología BAS con cultivo bacteriológico negativo. Micobacterias negativo. En este caso, las pruebas necesarias para llevar a cabo el diagnóstico estaban al alcance de Atención Primaria.

Juicio clínico: Secuestro pulmonar intralobular.

Diagnóstico diferencial: Quistes broncogénicos, carcinoma cavitado, adenoma bronquial, metástasis pulmonar, infarto pulmonar, bronquiectasias quísticas, nocardiosis, actinomicosis, atelectasias lobulares, neumonía necrosante, absceso pulmonar...

Comentario final: A pesar de que el tratamiento definitivo y erradicador de la patología que afectaba a la paciente se realizó en Atención Especializada, fue muy importante llevar a cabo desde Atención Primaria una buena anamnesis, con un uso coherente y orientado de las pruebas complementarias para llegar al diagnóstico

final.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vázquez Sánchez V, Pascual Pérez S, Lorenzo Dorta C, et al. Secuestro pulmonar en radiografía simple de tórax. Cuándo sospecharlo y por qué. Revista Semergen. 2015;41(5).
2. Lacy FB, Fibla JJ, Hernández J, Molins L. Secuestro pulmonar intralobar. Revista Cirugía Española. 2015;93(7).