



IMAGEN DEL MES

Secuestro pulmonar intralobar. Hallazgo radiológico

Intralobar pulmonary sequestration. Radiological finding

R. del Pozo Rivas^{a,*}, P.D. Benavides Mañas^a, C. Liébana de Rojas^b y M.V. Villena Garrido^a,

^aServicio de Neumología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

^bServicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Caso clínico

Varón de 52 años, exfumador desde hace 10 años de 5 cigarrillos al día, con índice acumulado de 5 paquetes/año. En seguimiento en la consulta de Neumología desde 2005 por asma bronquial intrínseca leve persistente bien controlada. La exploración física resultó normal. La bioquímica, el he-

mograma y la espirometría fueron normales (capacidad vital forzada [FVC]: 5.330 [111%]; volumen espiratorio forzado en el primer segundo [FEV1]: 3.790 [98%]; FEV1/FVC: 71 [89%]); y el electrocardiograma mostró un hemibloqueo anterior de rama izquierda. En la radiografía de tórax se observó un discreto engrosamiento de las paredes bronquiales compatible con enfermedad de vía aérea tipo bronquiectasias. Se reali-

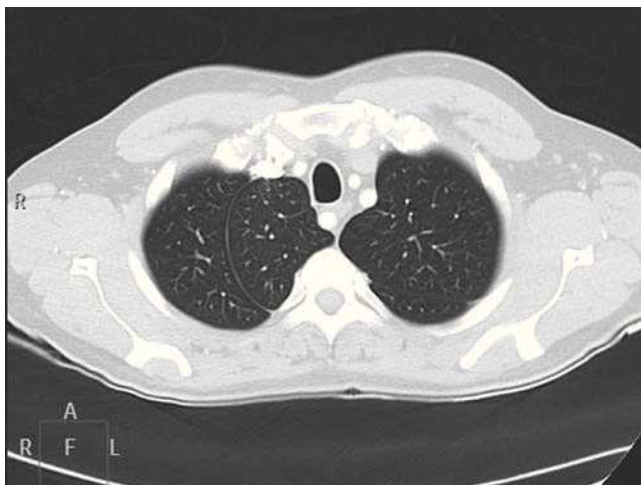


Figura 1 Angio-tomografía computarizada de tórax, corte axial, ventana de parénquima pulmonar. Se visualiza lóbulo de la ácigos en hemitórax derecho.



Figura 2 Angio-tomografía computarizada de tórax, corte axial, ventana de mediastino. Se visualiza la salida de la arteria aberrante de la pared lateral izquierda de la aorta torácica descendente.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: drpozorivas@hotmail.com, rdelpozo@clinic.ub.es (R. del Pozo Rivas).



Figura 3 Angio-tomografía computarizada de tórax, corte axial, ventana de parénquima pulmonar. Se visualiza la arteria aberrante que ha salido de la pared lateral izquierda de la aorta torácica descendente y una extensa área radioluciente en región postero-inferior del lóbulo inferior izquierdo, con bronquios dilatados en su interior.

zó una tomografía computarizada (TC) de tórax sin contraste intravenoso (CIV) en la que se describió un lóbulo de la ácidos y un área de atrapamiento aéreo en región medial de lóbulo inferior izquierdo, con dilatación bronquial en su interior, que más distalmente se amputa y se continúa con una imagen de consolidación ramificada con engrosamiento focal de pleura paravertebral. Se hizo una angio-TC de control que mostró una extensa área radioluciente en región postero-inferior de lóbulo inferior izquierdo (LII), con bronquios dilatados en su interior, sin conexión con el árbol bronquial y sin vascularización de ramas arteriales pulmonares. La vascularización arterial provenía de un vaso de gran calibre que se origina en la pared lateral izquierda de la aorta torácica descendente y tiene retorno venoso a la vena pulmonar inferior izquierda. Ante los hallazgos radiológicos se diagnosticó de secuestro pulmonar intralobar asintomático.

Discusión

El secuestro pulmonar es una rara anomalía que comprende del 0,15 al 6,4% de todas las malformaciones congénitas pulmonares¹. Se define como una zona de tejido pulmonar que carece de comunicación normal con el árbol traqueobronquial, y que recibe el aporte arterial desde la circulación sistémica. Anatómicamente podemos distinguir dos tipos: extralobar (SEL) e intralobar (SIL). En el SEL la lesión se encuentra fuera del pulmón normal y está recubierta por su propia pleura visceral, con una localización más frecuente entre el diafragma y el lóbulo inferior (77,4%). El SIL es la forma más común (75-90% de todos los secuestrados); la lesión está dentro de un lóbulo normal y ca-

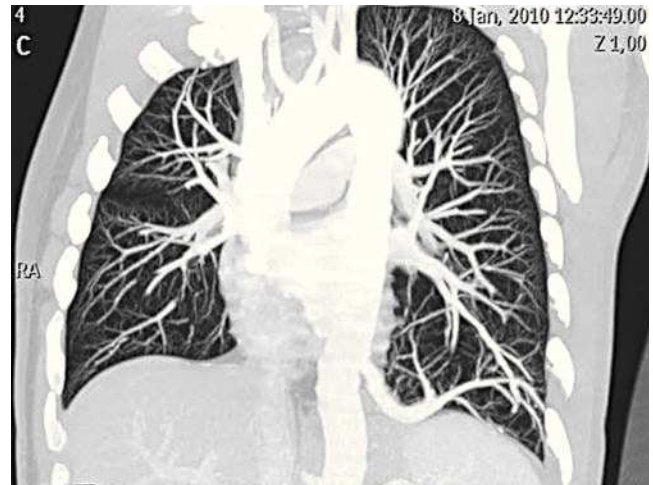


Figura 4 Angio-tomografía computarizada de tórax, corte coronal, reconstrucción vascular. Se visualiza la salida de la arteria aberrante de la pared lateral izquierda de la aorta torácica descendente y el retorno venoso a la vena pulmonar inferior izquierda.

rece de pleura visceral propia¹. El SIL se localiza casi siempre en los lóbulos inferiores (98%) y más frecuentemente en el segmento posterior basal de lóbulo inferior izquierdo (60%)². En el SIL la arteria aberrante se origina habitualmente en la aorta torácica descendente (74%), suele ser un vaso único (85%), y de mayor diámetro de lo esperado (6,3-6,6 mm); el drenaje venoso en la mayoría de los casos es a través de las venas pulmonares (95,7%)¹. Clínicamente se manifiesta como infecciones respiratorias de repetición; en el 50% de los pacientes se diagnostica antes de los 20 años, pero en un 15,5% de los pacientes es un hallazgo casual². La prueba diagnóstica de referencia es la arteriografía; aunque por angio-TC helicoidal también se puede identificar el vaso aberrante y el drenaje venoso. Los hallazgos radiológicos típicos del SIL son: bien una masa homogénea o heterogénea de tejido blando en el lóbulo inferior, bien un área de consolidación heterogénea; son característicos los cambios enfisematosos en los bordes de la lesión². El tratamiento en el SIL en casos sintomáticos es quirúrgico mediante lobectomía, preferentemente, o segmentectomía³.

Bibliografía

1. Savic B, Birtel FJ, Tholen W, Funke HD, Knoche R. Lung sequestration: report of seven cases and review of 540 published cases. *Thorax*. 1979;34:96-101.
2. Ann Frazier A, Rosado de Christenson ML, Stocker JT, Templeton PA. Intralobar sequestration: Radiologic-pathologic correlation. *Radiographics*. 1997;17:725-45.
3. Sauvanet A, Regnard JF, Calanducci F, Rojas-Miranda A, Daretvelle P, Lévassieur P. Pulmonary sequestration. Surgical aspects based on 61 cases. *Rev Pneumol Clin*. 1991;47:126-32.