

## **Secuestro pulmonar intralobar. Presentación de un caso y revisión de la literatura** **Intralobar pulmonary sequestration. Case Report.**

Felipe J. Aragón Palmero(1), Rafael H. Candelario López(2), José M. Hernández Hernández(3), Berta Martínez Muñoz(4), Cristina Mirabal Rodríguez(5).

### **RESUMEN**

El secuestro pulmonar es una masa de tejido pulmonar anormal que no se comunica con el árbol traqueobronquial y es irrigada por una arteria sistémica anómala. Tiene origen congénito y se presenta en dos variedades: Intralobar y extralobar. Se presenta un caso de secuestro pulmonar intralobar en un adulto de 33 años y se revisa la literatura existente sobre esta rara malformación pulmonar.

**Palabras clave:** SECUESTRACION BRONCOPULMONAR/cirugía

- (1) Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Profesor Instructor.
- (2) Especialista de Primer Grado en Cirugía General.
- (3) Especialista de Primer Grado en Neumología.
- (4) Especialista de Primer Grado en Anestesiología y Reanimación.

### **INTRODUCCION**

Los secuestros pulmonares son malformaciones congénitas del pulmón de origen mixto: bronquial y arterial, que se caracterizan por una zona de tejido pulmonar embrionario quístico y no funcional cuya vascularización se hace a través de una arteria sistémica anómala(1). Ha recibido diferentes denominaciones: Enfermedad poliústica de pulmón con irrigación arterial sistémica, pulmón accesorio, pulmón aberrante, pulmón supernumerario y lóbulo de Rokitansky.

Este tipo de defecto embrionario pulmonar es poco conocido por su baja incidencia (0.15-6.4 % del conjunto de las malformaciones congénitas pulmonares), son más frecuentes en el varón en una proporción de 1.5:1 los intralobares y 3:1 para los extralobares. Los secuestros intralobares son seis veces más frecuentes que los extralobares(4).

Se observan con mayor frecuencia en el pulmón izquierdo y lóbulos inferiores (60-90 %) aunque pueden verse en cualquier lóbulo, incluir todo el pulmón o situarse por debajo del diafragma simulando un tumor abdominal(3,4).

La irrigación sanguínea del lóbulo afectado puede provenir de una o varias arterias sistémicas que nacen en la aorta torácica (74 %), abdominal (21 %). En un 5 % los vasos nutrientes se originan en las arterias mamarias internas, subclavia, intercostales, faríngea inferior, gástrica izquierda, renales y arterias coronarias(5). El suministro arterial doble es raro, pero puede ocurrir en el 15 % de los casos. El drenaje venoso se realiza a través de las arterias pulmonares, ácigos, hemiacigos o sistema porta. Este drenaje sistémico produce un cortocircuito de izquierda a derecha. Los vasos arteriales se encuentran en la mayoría de los casos entre las dos hojas del ligamento triangular pulmonar inferior y esto tiene importancia quirúrgica.

Se asocian a anomalías congénitas en un 50 % de los casos (principalmente la variedad extralobar) entre las que se encuentran: Fístulas traqueoesofágicas o gástricas, anomalías diafragmáticas, quistes pericárdicos, duplicación del colon o del íleon terminal y anomalías de vértebras cervicales. Por esta razón esta variedad se diagnostica en los primeros años de vida. Pueden infestarse secundariamente con *Aspergillus*, micobacterias atípicas y *Mycobacterium tuberculosis*(6,7).

#### **Caso Clínico**

Paciente R.R.E. masculino de 33 años de edad que se presenta a la consulta externa de Neumología de nuestro hospital por presentar episodios de neumonía a repetición en la base pulmonar derecha

desde hace un año. El examen físico descubre ausencia de murmullo vesicular en la base de hemitórax derecho. Se realizan los siguientes exámenes complementarios:

Hb: 130 g/l

LCN:  $8.2 \times 10^9$  /l

Velocidad de sedimentación globular: 7 mm/h

Proteínas totales: 72 g/l

Espuito BAAR: Negativo.

Rayos x de tórax (A-P y Lateral): Radioopacidad irregular situada en segmento posterobasal del pulmón derecho con imagen de cavitación (fig. 1).

Broncoscopia fibro-óptica: Negativa.

Estudio histológico del cepillado bronquial: Negativo.

Tomografía Axial Computarizada: Tumoración cavitada de segmento posterobasal del pulmón derecho. No hay alteraciones en el mediastino. Pruebas funcionales respiratorias dentro de límites normales.

Ante el buen estado general y la presencia de una masa tumoral pulmonar se decide intervenir quirúrgicamente al paciente con impresión diagnóstica de tumor benigno de pulmón derecho. Se realiza abordaje posterolateral derecho, se encuentran adherencias inflamatorias del pulmón a la pared torácica las cuales se seccionan sin dificultad. Al palpar el ligamento triangular inferior se descubren dos gruesos vasos arteriales que, provenientes de la aorta abdominal y perforando el diafragma, ascienden hasta el lóbulo inferior del pulmón derecho entre las dos hojas de dicho ligamento. Se seccionan entre doble ligadura y se realiza lobectomía inferior derecha.

El paciente cursa con un posoperatorio normal para este tipo de cirugía y es dado de alta a los diez días (fig. 2). Actualmente permanece completamente asintomático e incorporado a la sociedad.

Informe anatomopatológico:

Se recibe lóbulo pulmonar que pesa 300 gramos y muestra la pleura visceral de aspecto hemorrágico. A los cortes del parénquima se aprecia material mucoso de color parduzco y áreas con aspecto de panal con algunas zonas pequeñas de color amarillo grisáceo.

Descripción microscópica: áreas poliquísticas de parénquima con fibrosis extensa, inflamación crónica y esclerosis vascular.

**Conclusiones:** Secuestro pulmonar intralobar.

## ABSTRACT

Pulmonary sequestration is an abnormal pulmonary tissue mass unconnected with the tracheobronchial trunk, and it is irrigated by an abnormal systemic artery. It has a congenital etiology having a dual development: intralobar and extralobar. The case of an intralobar pulmonary sequestration is developed in a thirty-three-year-old adult. The literature is reviewed on this rare pulmonary malformation.

**Key words:** BRONCHOPULMONARY SEQUESTRATION/surgery

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Guijarro R, Velazquez J, Paris F, Blasco E, Borro M. Secuestros pulmonares. *Cirugía Española* 1984;37(2):60-69.
2. De La Lastra Rodríguez JL, Pérez Brunet A. Anestesia y secuestro pulmonar intralobar en el niño. *Rev Cubana Cir* 1992;31(2):79-86.
3. Damani MN, Ganen JP, Freeman JA. Intraabdominal pulmonary sequestration: A benign suprarenal mass. *Urology* 1999;53(6):1228.
4. Carpentier DF, Gutemberg M, Quinn TM, Adzick NS. Subdiaphragmatic pulmonary sequestration: A case report with review of the literature. *J Perinatol* 2000;20(1):60-2.
5. Tsunozuka Y, Sato H. Intralobar sequestration with three aberrant arteries in a 75 years old patient. *Chest* 1998;114(3):936-6.

6. Kanazawa S, Nagae T, Mukai N, Sugihara Y, Otani H, Tsunoda T. Pulmonary sequestration associated with aspergillosis. *Jpn J Thorac Cardiovasc Surg* 2000;48(4):251-3
7. Etorre GC, Franciosa G, Fracella MR, Strada A, Rizzo A. Pulmonary sequestration. Diagnostic contribution of angiography. *Radiol Med* 2000;99(1-2):41-5.

## ANEXOS

Figura 1. Rx de tórax A-P al ingreso del paciente.

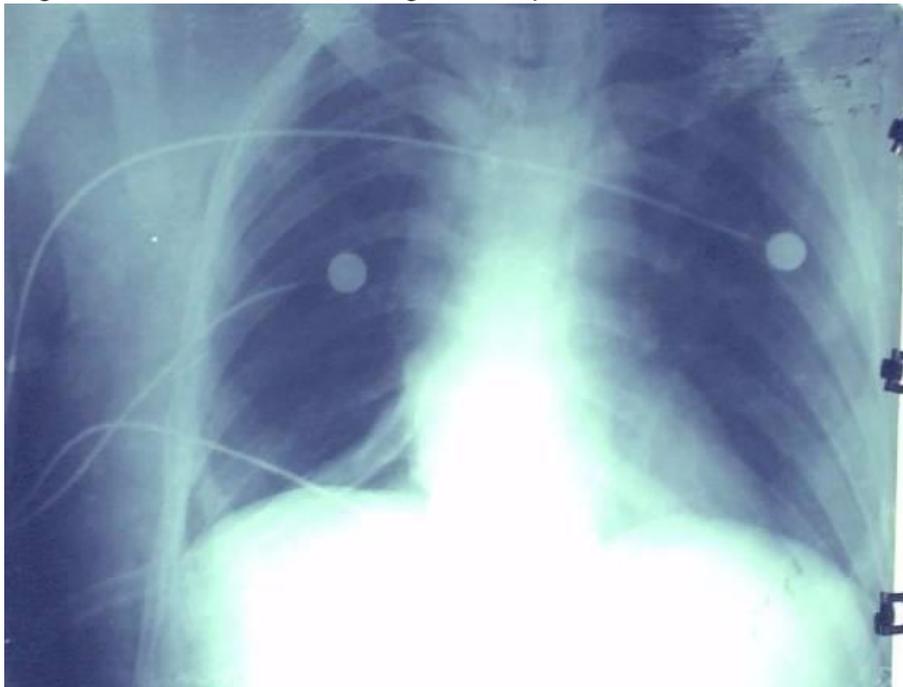


Figura 2. Rx de tórax A-P a las doce horas de operado el paciente.

