

Diagnóstico de secuestro pulmonar mediante tomografía computada

Autores: Gabriela Tabaj¹, Eduardo Giugno¹, Josefina López Moras²

Correspondencia:

Gabriela Tabaj
Domicilio postal: Medrano 1680, 6to A
(CP 1425)- CABA- Argentina
Tel.: 4865-1880
E-mail: gabrielatabaj@gmail.com

¹ Hospital del Tórax Dr. Antonio A. Cetrángolo

² Centro de Diagnóstico Dr. Enrique Rossi

Recibido: 29.01.2014

Aceptado: 07.03.2014

Resumen del caso clínico

Hombre de 45 años que consulta derivado por su médico de cabecera para evaluación de radiografía de tórax de catastro (Fig. 1) donde se pone en evidencia una opacidad redondeada en base izquierda que no hace signo de la silueta con el corazón. Se solicita tomografía computada (TC) de tórax helicoidal con contraste endovenso que pone de manifiesto una hiperdensidad de bordes lobulados en el segmento posterobasal del lóbulo inferior izquierdo, que presenta sutiles imágenes aéreas en su interior. Se identifica un nivel hidroaéreo en su porción cefálica. Se encuentra irrigada por una arteria que emerge de la pared izquierda del tercio inferior de la aorta torácica descendente y su drenaje venoso es a través de una rama de la vena pulmonar inferior izquierda. Se encuentra rodeada por un área de disminución de la densidad

del parénquima pulmonar. Las imágenes descritas impresionan en relación a un secuestro pulmonar intralobar. (Figs. 2 y 3).



Figura 1. Teleradiografía de tórax.



Figuras 2 y 3. TC de tórax de alta resolución con contraste.

Discusión

Se define al secuestro pulmonar como un segmento de parénquima pulmonar sin comunicación con el árbol traqueobronquial y que recibe su aporte sanguíneo de una arteria sistémica (usualmente rama de la aorta) y no por una rama de la arteria pulmonar. Se clasifican en *intralobar*, cuando se encuentra rodeado de pleura visceral normal y *extralobar* (el segmento anormal se encuentra separado completamente y revestido por su propia pleura)^{1, 2}. El secuestro intralobar es el más frecuente (75% de los casos) y en más del 90% de las oportunidades ocurre en los lóbulos inferiores (especialmente del lado izquierdo, como en este caso). Por lo general la arteria que lo alimenta proviene de la aorta descendente y en 95% de los casos el drenaje venoso es la aurícula izquierda a través de las venas pulmonares, lo que genera un shunt de izquierda a izquierda³. En la radiografía de tórax, el secuestro se observa como una opacidad homogénea de paredes definidas y en el 26% de los casos puede presentar niveles hidroaéreos, por comunicación bronquial.

De las técnicas no invasivas, la TC es la que mejor describe las características del secuestro, observándose por lo general una masa sólida homogénea o heterogénea con o sin quistes y niveles hidroaéreos, siendo característicos los cambios enfisematosos alrededor del secuestro como consecuencia de pérdida aérea colateral⁴. En ciertos casos, estas hiperdensidades pueden presentar bordes espiculados dando un aspecto pseudotumoral y la arteria sistémica no siempre puede identificarse con la TC convencional. En esos casos, la TC helicoidal puede aportar un escaneo multiplanar con reconstrucciones que faciliten la visualización del vaso anómalo, que en ocasiones puede medir 1 mm de diámetro. El

drenaje venoso puede no visualizarse claramente en la TC, sin embargo, un sistema ácigos aumentado (venas ácigos + hemiacigos ≥ 10 mm de diámetro) junto con una lesión posterobasal pueden sugerir el diagnóstico de secuestro⁴.

Los diagnósticos diferenciales del secuestro pulmonar incluyen, en el paciente sintomático: neumonía, absceso, empiema, bronquiectasias, hernia diafragmática y bronquiectasias. En cambio, en el paciente asintomático: quistes broncogénico y pericárdico, atresia bronquial, enfisema lobar, malformaciones adenomatoideas quísticas, fístula AV y tumores.

Conclusión

Si bien el algoritmo de estudio en el paciente con sospecha de secuestro broncopulmonar es controvertido, el diagnóstico actualmente se basa en las técnicas de imágenes, fundamentalmente en la TC helicoidal que permite identificar cada uno de los tres componentes de la patente de secuestro: masa pulmonar secuestrada, aporte arterial aberrante y drenaje venoso anómalo.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés

Bibliografía

1. Mayoral-Campos V, Carro-Alonso B, Guirola-Ortiz J et al. Cartas al Editor. Arch Bronconeumol 2013; 49(3): 126-130.
2. Franco J, Aliaga R, Domingo ML et al. Diagnosis of pulmonary sequestration by spiral CT angiography. Thorax 1998; 53: 1089-1092.
3. Chan C, Hyland R, Gray R et al. Diagnostic Imaging of Intralobar Bronchopulmonary Sequestration. Chest 1998; 93(1): 189-192.
4. Ko S, Ng H, Lee T et al. Noninvasive Imaging of Bronchopulmonary Sequestration. AJR 2000; 175: 1005-1012.