

SECUESTRO PULMONAR MANIFESTADO COMO CUADROS RESPIRATORIOS A REPETICIÓN: A PROPOSITO DE UN CASO

1º Villamizar, E. 2º Quimbaya, M. Ramón, M. Rojas, E. Rojas J. Sánchez, L. Sepúlveda, T. Torrado, D

1 Cirujano Pediatrico

2 Estudiantes de Medicina, Universidad de Pamplona

INTRODUCCIÓN

El secuestro pulmonar es una malformación pulmonar congénita (<6%) en la que hay un segmento o lóbulo no funcional de tejido pulmonar displásico que no tiene comunicación al árbol traqueobronquial, y recibe un suministro vascular anómalo que en el 75% de los casos, derivará de la aorta torácica descendente y aorta abdominal (2,4) Su etiología más plausible es la formación de una yema pulmonar supernumeraria accesoria. Según sus caracteres anatómicos se clasifica en extralobar e intralobar. El secuestro pulmonar extralobar tiene una pleura visceral y un drenaje venoso separados (1). Por otra parte, el secuestro pulmonar intralobar se caracteriza por su presencia dentro de la pleura visceral del pulmón funcional (2). El secuestro pulmonar suele manifestarse en la primera infancia con dificultad respiratoria, insuficiencia cardíaca congestiva de alto gasto y más comúnmente con una neumonía recurrente en un segmento localizado o en su defecto, ser asintomático hasta la vida adulta.

REPORTE DE CASO

Paciente masculino de 7 años con antecedente de bronquiolitis a los 2 años, neumonía complicada con derrame pleural, tratada en UCI en el años 2023, infección respiratoria no especificada en el mismo año y madre con antecedente de asma, ingresa como urgencia vital con un cuadro clínico de 3 días de evolución caracterizado por fiebre no cuantificable, tos y dificultad respiratoria, con saturaciones de 84-89%. Se instaura oxigenoterapia con cánula de oxígeno y esteroides, asimismo se indicó radiografía de tórax (figura 1), la cual reportó leve engrosamiento peribronquial parahiliar de aspecto inflamatorio y un filmarray respiratorio que reportó rinovirus/enterovirus. Dada la no mejoría por saturaciones limítrofes lo valora neumología pediátrica que consideró un manejo de rescate con nebulización debido a la dificultad respiratoria con salbutamol + bromuro de ipratropio y se indicó tomografía computarizada simple. Debido a la persistencia de desaturaciones se indica traslado a uci para manejo con cánula de oxígeno de alto flujo. La tomografía de tórax simple reporta un infiltrado pulmonar alveolar con broncograma aéreo en segmentos del lóbulo inferior derecho tipo consolidación pulmonar y opacidad pulmonar basal tercio medio izquierdo tipo atelectasia, por hallazgos en TAC se requiere broncoscopia. En el video de la broncoscopia se identifica abundante moco claro en todos los bronquios y se solicitan cultivos. Durante la estancia en UCI se realiza angiotomografía (figura 2) que reporta opacidad de los grandes vasos y venas intratorácicas, se observa aérea de condensación del segmento posterior del lóbulo inferior derecho con vascularidad independiente para esta zona dando como conclusión secuestro pulmonar inferior derecho, en base a la clínica y hallazgos radiológicos se solicita broncoscopia flexible y lobectomía por toracoscopia.



Figura 1 Radiografía de Tórax anteroposterior

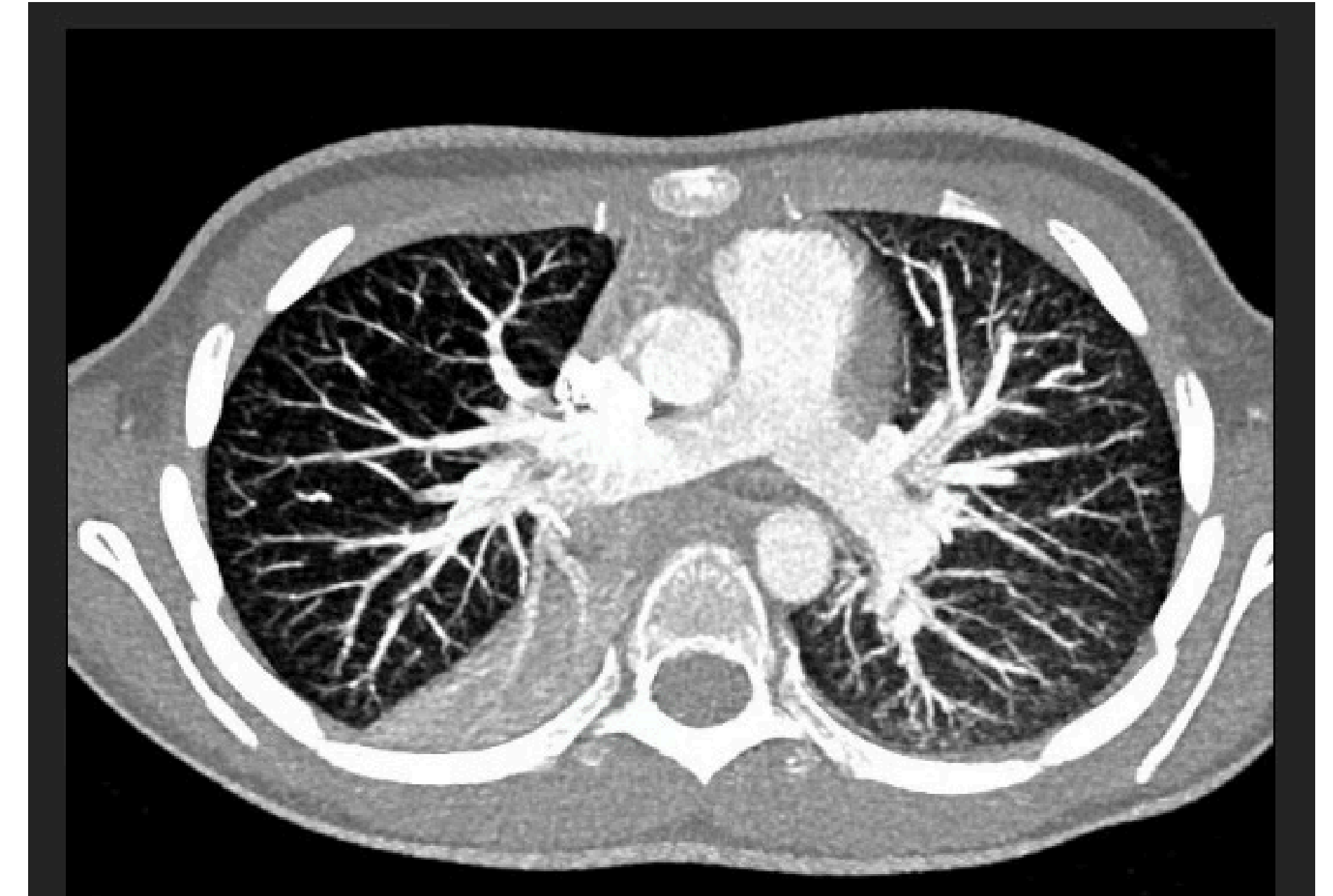


Figura 2. Angiotomografía corte transversal

DISCUSIÓN

El secuestro pulmonar guarda relación con el síndrome de infección lobular (SIL), caracterizado por neumonías recurrentes en el segmento afectado (4), tos persistente, dolor de espalda o dificultad para respirar durante el esfuerzo (5). Sin embargo, un estudio que presentó 8 casos, reportó que algunos pacientes presentaron dolor torácico, empiema pleural y crisis de broncoespasmo (6). En este contexto, el paciente presentó neumonía recurrente como antecedente, en el último año, y sintomatología asociada, la cual planteó una sospecha de secuestro pulmonar- Las pruebas de imagen son de utilidad en esta patología, ya que permiten visualizar las anomalías de irrigación y el drenaje venoso (4), en este caso la angiotomografía y la tomografía computarizada permitieron identificar la presencia del tejido pulmonar, junto a su irrigación independiente en el segmento posterior del lóbulo inferior derecho. Los lóbulos con mayor frecuencia de afectación son los inferiores, lo que coincide con nuestros hallazgos; sin embargo, el lado más afectado en nuestra serie es el derecho, a diferencia de lo publicado (6). El tratamiento de preferencia es la resección o lobectomía quirúrgica mediante toracotomía abierta o toracoscopia, la cual fue elegida por el equipo de cirugía pediátrica. (2)

CONCLUSIONES

El caso presenta un desafío diagnóstico debido a la rareza del secuestro pulmonar, una malformación pulmonar congénita que constituye aproximadamente el 6% de las enfermedades pulmonares congénitas. La sintomatología clínica, y los antecedentes, conducen a una sospecha diagnóstica, y se confirma con una angiotomografía en donde se identifique el tejido pulmonar anómalo con su vascularización independiente. El tratamiento ideal para el secuestro pulmonar es la resección quirúrgica, preferiblemente mediante lobectomía por toracoscopia o toracotomía abierta. Es importante considerar el secuestro pulmonar como un diagnóstico diferencial en pacientes con antecedentes de neumonías recurrentes, hemoptisis o abscesos pulmonares, especialmente en aquellos que presentan dificultad respiratoria crónica o insuficiencia cardíaca congestiva de alto gasto.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

