



VII Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica y I Congreso de Preparaciones Virtuales por Internet

Del 1 al 31 de octubre de 2005



SECUESTRO PULMONAR INTRALOBAR

Dra. Elsie Beatriz Picott Rangel*, **Dra. María José Rendón Rodríguez***, **Dra. Zulema Graciela León de Cuchiará****, **Dr. Gustavo Andrade***, **Dr. José Ramón Montaigne***

* Hospital Dr. Rafael Gonzalez Plaza VENEZUELA

** Hospital Dr. Rafael Gonzalez Plaza VENEZUELA

Resumen

Constituye el 6% de las malformaciones pulmonares congénitas. En la forma intralobar, la más frecuente, el secuestro está incorporado dentro del tejido pulmonar circundante, con el que comparte una misma envoltura pleural. Clínicamente se presenta como infecciones repetidas y síntomas vagos. Radiológicamente se observa una zona de condensación o áreas quísticas sobreinfectadas con niveles en su interior. La prueba diagnóstica patognomónica es la arteriografía y el tratamiento es quirúrgico.

Se trata de paciente femenina de 28 años de edad quien refiere inicio de enfermedad actual unas semanas antes de su ingreso al presentar disnea de moderados esfuerzos concomitantemente con hipertermia cuantificada; por lo que acude a facultativo quien indica tratamiento médico. Al persistir la sintomatología es referida al Hospital Dr. Rafael Gonzalez Plaza, donde previa valoración se decide su ingreso con el diagnóstico de Infección Respiratoria Baja (Neumonía Izquierda). Antecedentes de Importancia: Infecciones respiratorias a repetición desde la infancia (múltiples hospitalizaciones). Posterior a estudios radiológicos y tomográficos le es practicada toracotomía posterolateral izquierda. El espécimen correspondiente a Lobectomía Inferior Izquierda es enviado al Servicio de Anatomía Patológica; siendo reportado como: Secuestro Pulmonar Intralobar

Introducción

Las Malformaciones Pulmonares Congénitas tienen una incidencia de un 2,2%, y son mucho menos frecuentes que las enfermedades pulmonares adquiridas. Existe un grupo de estas malformaciones que se han denominado malformaciones broncopulmonares del intestino anterior que comprenden los quistes broncogénicos pulmonares, secuestros pulmonares intra y extralobares, quistes de duplicación y la malformación adenoidea quística pulmonar. El Secuestro Pulmonar Intralobar constituye el 6% de éstas malformaciones. La prueba diagnóstica definitiva y patognomónica es la arteriografía y el tratamiento es quirúrgico.

Material y Métodos

Se trata de paciente femenina de 28 años de edad quien refiere inicio de Enfermedad Actual unas semanas antes de su ingreso al presentar disnea de moderados esfuerzos concomitantemente con hipertermia cuantificada (39°C), por lo que acude a facultativo quien indica Tto. médico sin obtener mejoría franca; motivo por el cual acude al hospital Dr. Rafael González Plaza, donde previa valoración se decide su ingreso.

≠ Diagnóstico de Ingreso: Infección Respiratoria Baja. (Neumonía Izquierda).

≠ Antecedentes. Personales: Infecciones respiratorias a repetición desde la infancia (múltiples hospitalizaciones). Familiares: No Contributorios. Hábitos Psicobiológicos: Niega.

≠ Examen Físico de Ingreso (positivos): Sonido pulmonar disminuido en región media e inferior del hemitórax izquierdo; se auscultan crepitantes dispersos y sibilantes.

≠ Plan de Trabajo: Se le practica estudio radiológico y tomográfico; posterior al cual se decide referir al servicio de Cirugía para resolución quirúrgica.

Le es practicada toracotomía posterolateral izquierda siendo enviada la muestra de tejido a la Unidad de Anatomía Patológica y Citología donde se reporta como: SECUESTRO PULMONAR INTRALOBAR.

Resultados

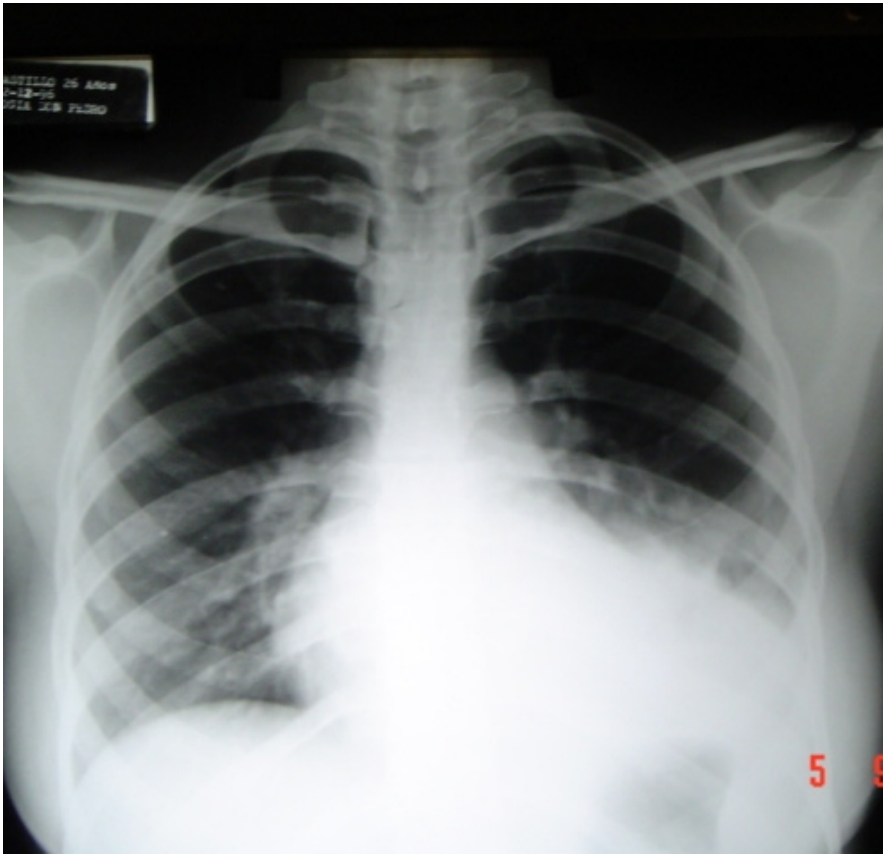


Fig1. Radiografía PA en dónde se aprecia radioopacidad homogénea que ocupa el campo inferior izquierdo

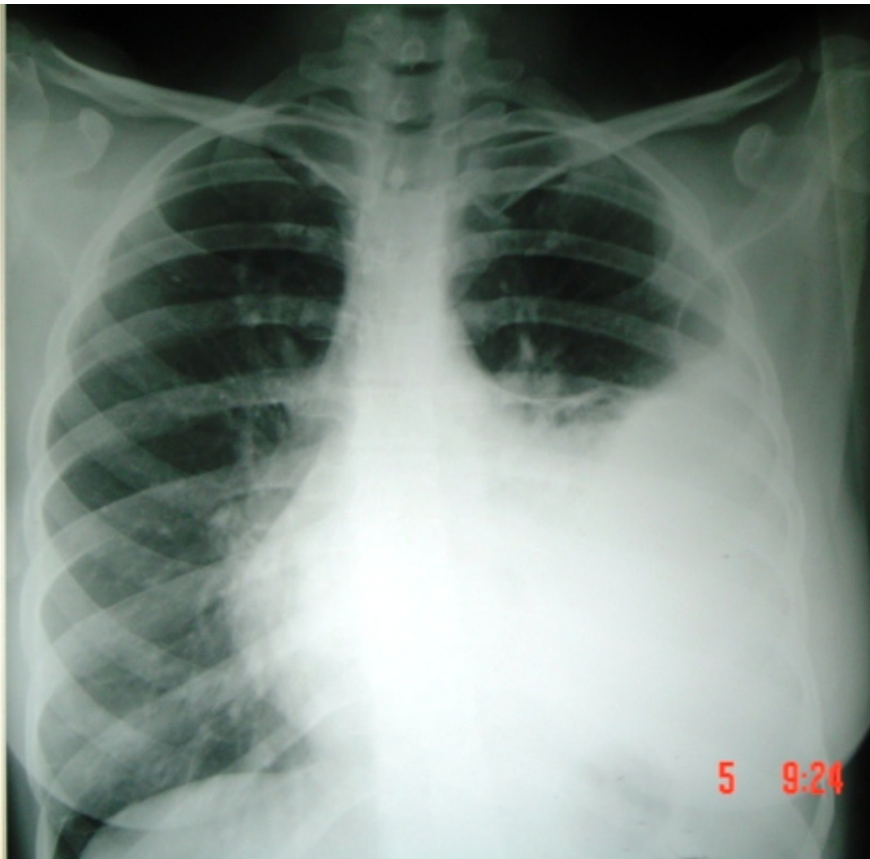


Fig.2 Radiografía PA en dónde se observa progresión de la enfermedad. La radioopacidad persiste en la región inferior izquierda y se extiende al campo medio

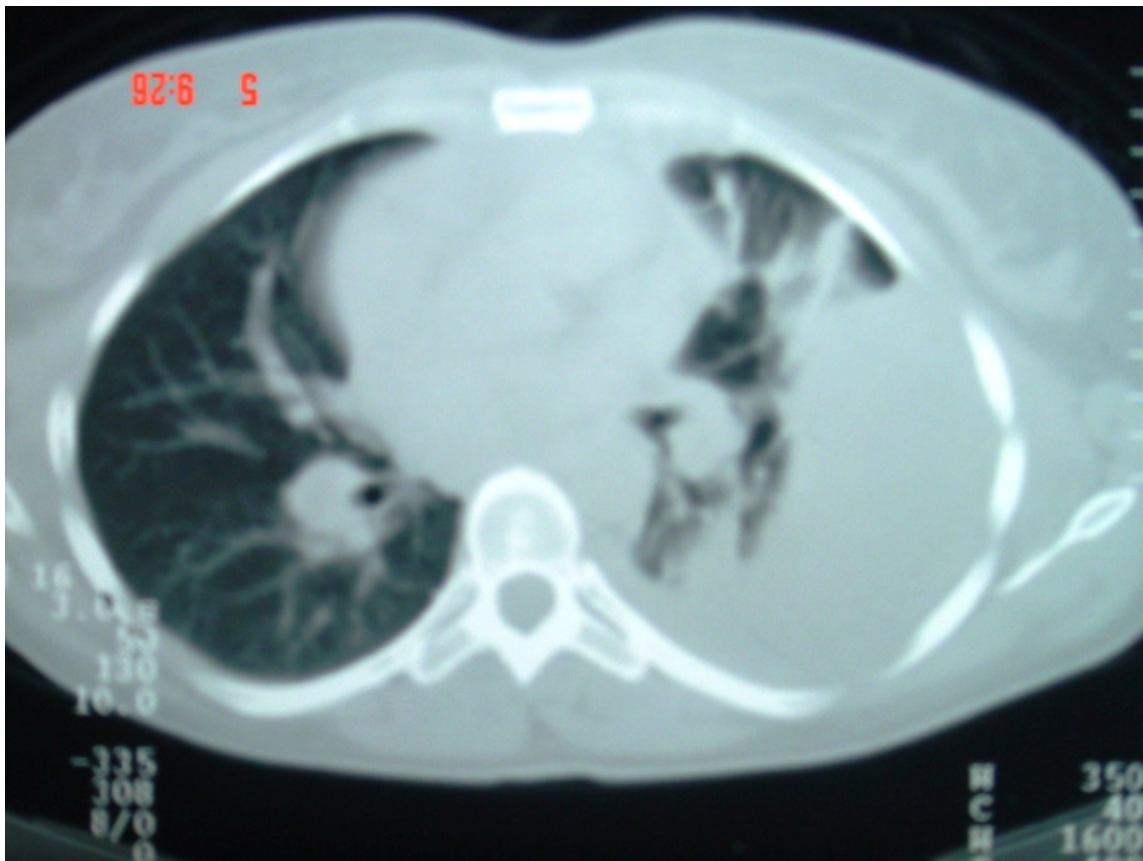


Fig.3 Estudio tomográfico en dónde se evidencia lesión densa de localización periférica que ocupa el lóbulo inferior izquierdo, de aspecto neumónico.



Fig.4 Espécimen Quirúrgico de Lobectomía Inferior Izquierda.



Fig.5 Al corte, se aprecia región irregularmente redondeada que mide 5x4x2cms, blancoamarillenta, bien circunscrita, con áreas de hemorragia

reciente; alargada en uno de sus extremos.

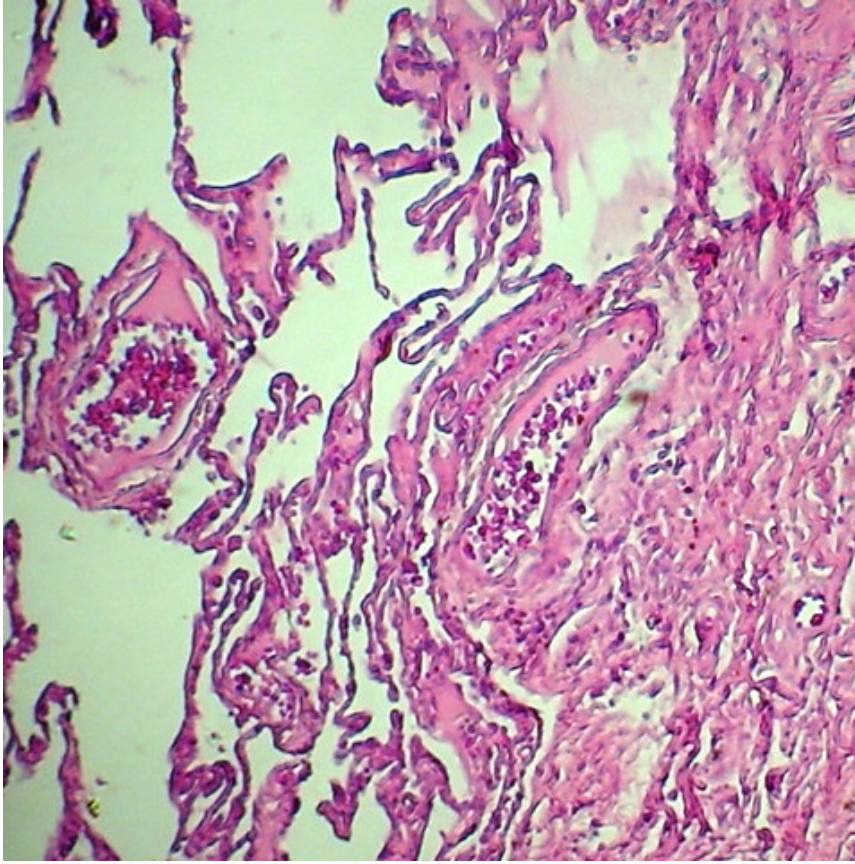


Fig.6 Preparación histológica coloreada con H-E dónde se observa en uno de sus extremos parte del parénquima pulmonar y hacia el otro, se observa zona de fibrosis. 100X

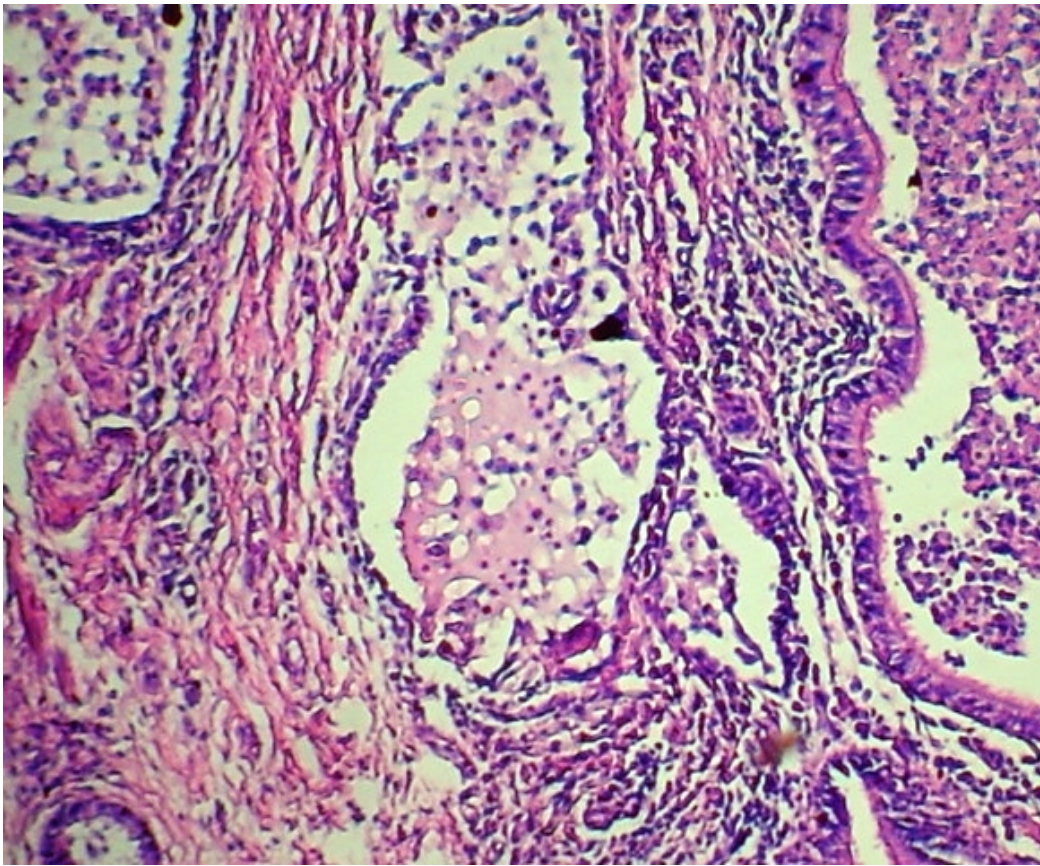


Fig.7 Remanentes de bronquios y bronquiólos con material fibrinohemático y mucopurulento en sus luces. Inflamación crónica inespecífica y fibrosis intersticial

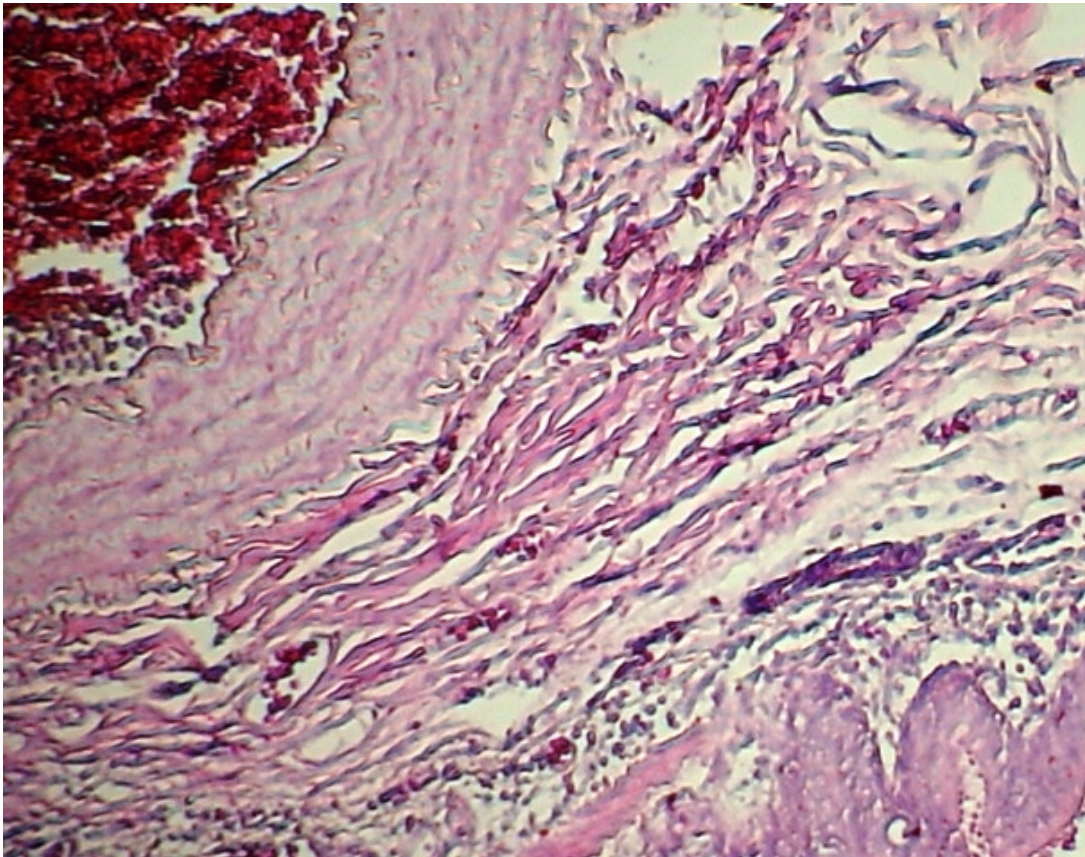


Fig.8 Engrosamiento y congestión vascular acentuada, proliferación de fibras colágenas y edema. H-E 100X

Discusión

El Secuestro Pulmonar Intralobar constituye el 6% de las malformaciones pulmonares congénitas. Se presenta como una malformación en la que una parte del tejido pulmonar esta irrigada por una o más arterias sistémicas anómalas, principalmente a partir de la aorta torácica descendente, y en un 10-15% de los secuestros intralobares, de la aorta abdominal. Existen dos formas de secuestro: intralobar y extralobar. En la forma intralobar, la más frecuente, el secuestro está incorporado dentro del tejido pulmonar normal circundante, con el que comparte una misma envoltura pleural. Habitualmente no comunican con el árbol traqueo-bronquial normal. Los secuestros intralobares se localizan con mayor frecuencia en segmentos basales mediales o basales posteriores del lóbulo inferior izquierdo, y generalmente debutan como neumonías a repetición o abscesos pulmonares que afectan el área del secuestro y al pulmón adyacente, realizándose el diagnóstico en la mayor parte de los casos por encima de los dos años de edad. Clínicamente se presenta por infecciones repetidas, hemoptisis, síntomas vagos como cansancio fácil, ahogos, dedos hipocráticos, etc. Radiológicamente se presenta como una zona de condensación o áreas quísticas sobreinfectadas que pueden tener niveles en su interior. La prueba diagnóstica definitiva y patognomónica es la arteriografía, que demuestra los vasos nutricios del secuestro, aunque recientemente la ecografía doppler está alcanzando un papel importante en el diagnóstico y seguimiento de esta patología. El tratamiento es quirúrgico e idealmente debe realizarse antes de que aparezcan complicaciones.

Agradecimientos

A todas los pacientes y sus familiares, los cuales cada día nos enseñan, con su dolor y su fé, a ser más humanos

Bibliografía

- Evrard V, Ceulemans J, Coosemans W, De Baere T et al: Congenital parenchymatous malformations of the lung. World J Surg 1999; 23:1123-32.
- De Lorimier AA. Respiratory problems related to the airway and lung. E: O`Neil JA, Rowe MI, Grosfeld JI, et al, eds Pediatric Surgery. 5ª ed. San Louis. Missouri. Mosby 1998; 873-97
- Askin F: Respiratory Trac Disorders in the fetus and Neonate. In: Wigglesworth J, Singer D. Textbook of Fetal and Perinatal Pathology. 2ed Ed. Massachusetts Ed. Blackewll Science. 1998: 555-92
- Kravitz RM: congenital malformations of the lung. Pediatr Clin North Am 1994; 41: 453-72.
- Skandalakis J, Gray S: Embriology for Surgeons. Baltimore, Ed. Willimas ? Wilkins. 1994.