

Diagnóstico de secuestro pulmonar en adultos

Autor: Leonardo Germán Pankl

Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Británico de Buenos Aires

Correspondencia:

E-mail: leonardopankl@yahoo.com.ar

Al Editor:

He leído en el Nro. 2 de la RAMR 2014 "Diagnóstico de secuestro pulmonar mediante tomografía computada" de los Dres Gabriela Tabaj, Eduardo Giugno y Josefina López Moras¹, siendo muy claro y gráfico, ya que como se describe en el mismo, se trata de un segmento de parénquima pulmonar sin comunicación con el árbol bronquial y aporte sanguíneo de una arteria sistémica, demostrada en esta situación en las Figuras 2 y 3.

El secuestro fue descrito en el Siglo XIX por Rektorzik y Rokitansky en 1861, pero recién a partir de la década del 40 del siglo pasado es que se acepta la definición de Secuestro Broncopulmonar tal como la conocemos hoy en día, dividiéndose a su vez, en intralobar y extralobar.

Esta anomalía está presente entre el 0,15 y 6,4% de todas las malformaciones congénitas².

Un dato importante para el diagnóstico, es que el Secuestro Extralobar puede asociarse hasta en un 58,9%² con otras malformaciones (Ej: hernia diafragmática, otras alteraciones pulmonares, fistulas traqueoesofágicas), motivo por el cual el hallazgo se da mayoritariamente durante la primera década de vida^{2, 4}.

Con respecto al Secuestro Intralobar, si bien también se describe en edades tempranas, es el que podemos llegar a ver con más frecuencia en adultos, ya sea como hallazgo o ante síntomas respiratorios persistentes o infecciones/neumonías a repetición.

Cabe destacar que con el advenimiento de nuevas tecnologías y software de los equipos de imágenes (como ser la Angiotomografía), la identificación de la irrigación aberrante puede ser visualizada con mayor precisión.

Actualmente, la Angiorresonancia Magnética también cumple este rol⁵, pudiendo no sólo diagnosticar, dado que demuestra la anatomía vascular, sino que además permite clasificar al secuestro, siendo un estudio no invasivo y que no irradia al paciente (razón por la que es elegida en Pediatría ante la sospecha de esta patología). Como contrapartida, requiere mayor tiempo en minutos para efectuarse y se dificulta en personas

claustrofóbicas, requiriendo sedación, monitoreo y un anestesiólogo en estas últimas o en niños como describí anteriormente.

Por último, dos datos importantes para destacar son, en primer lugar, que la clásica descripción de irrigación desde la Aorta descendente/abdominal se halla entre el 74 y 95% de los casos según diferentes series^{2, 3, 5}. Es decir, que existe un porcentaje menor, pero no despreciable, que puede provenir de otro origen (Ej Arterias intercostales⁵), lo cual lleva a no excluir el diagnóstico de secuestro por el sólo hecho de no visualizar la irrigación directa desde la Aorta. A su vez, hasta en un 20%³ la afluencia arterial desde la circulación sistémica puede llegar desde dos o más vasos arteriales. Estos últimos datos, llevan a tomar en cuenta, desde mi visión de cirujano, que se debe tomar máxima precaución durante la disección para evitar complicaciones por sangrado intraoperatorio o en el postoperatorio inmediato.

En segundo lugar y para finalizar, también se describen asociaciones a otras patologías como Tuberculosis o Tumores, situación que nos obliga a descartarlas, o al menos sospecharlas para que las mismas no sean pasadas por alto y, por ende, sigan su evolución sin el tratamiento correspondiente.

Conflictos de interés: El autor declara no tener conflictos de interés.

Bibliografía

1. Tabaj G, Giugno E, López Moras J. Diagnóstico de secuestro pulmonar mediante tomografía computada. RAMR 2014; 2: 163-164.
2. Savic, B, Birtel F, Tholen W, Funke H, Knoche R. Lung Sequestration: report of seven cases and review of 540 published cases. Thorax 1979, 34, 96-101.
3. Yong Wei, Fan Li. Pulmonary sequestration: a retrospective analysis of 2625 cases in China. European Journal of Cardio-thoracic Surgery 40(2011); 39-42.
4. Mayoral-Campos V, Carro-Alonso B, Guirola-Ortiz J, Benito-Arévalo J. Secuestro pulmonar. Cartas al editor. Arch Bronconeumol, 2013; 49(3): 126-130.
5. Tortajada Girbés M, Gracia Antequera M, Vega Sendra M, Muñoz Vicente E, Delgado Córdón F, Hernández Marco R. Controversias en el diagnóstico del secuestro pulmonar. Cartas al editor, An Pediatr (Barc).2007; 66(3): 313-328.