

Secuestración pulmonar intralobar

Dres. Dante Parma, Luis Yametti, José L. Martínez y Bolívar Delgado

Los autores presentan una observación de Secuestración Pulmonar Intralobar, su diagnóstico basado, fundamentalmente, en la arteriografía, y su resolución quirúrgica, sosteniendo que la misma debe ser la lobectomía.

Palabras clave (Key words, Most cles) MEDLARS:
Lung Diseases / Lung Blood Supply.

INTRODUCCION

El motivo del presente trabajo es comunicar acerca de una observación de secuestración pulmonar (S.P.), su estudio preoperatorio, su resolución quirúrgica y su evolución.

OBSERVACION CLINICA

Se trata de una paciente del sexo femenino, de 36 años, procedente del Departamento de Canelones, que consultó en esa localidad, un mes antes de su ingreso, por dolor en base de hemitórax derecho que fue interpretado y tratado como una neumopatía aguda (Hist. Clín. 37.342).

Al efectuarle una radiografía de tórax, la misma, mostró una imagen de aspecto quístico en región paracardiaca derecha.

Vista en ese momento, se interpreta como portadora de probable hernia diafragmática paraesofágica.

Presentaba síntomas mínimos de dipepsia mixta, a predominio hiperesténico por lo que se le practica estudio contrastado esófago - gastroduodenal, que descarta ese diagnóstico.

Se plantea, entonces, la duda de si se trataba de un proceso supra o infradiafragmático, por lo que se le efectúa neumoperitoneo que muestra claramente, que se trataba de una lesión torácica.

Se piensa entonces en S.P. por lo que se le practica aortografía por cateterización de arteria femoral derecha.

Se hace estudio panorámico encontrándose arteria anómala cuyo territorio de irrigación se demuestra mejor mediante cateterismo selectivo de dicha arteria (Fig. 1).

En la imagen de retorno venoso se pudo observar que el mismo se hace por el sistema de las venas pulmonares.

El diagnóstico fue pues: *secuestración pulmonar intralobar*.

Clínica Quirúrgica "1" (Prof. A. Aguiar). Hospital Pasteur. Facultad de Medicina. Montevideo.

Se opera el 17/8/78 constatándose ligamento triangular aumentado de espesor y en su seno, cerca del diafragma, se encuentra la arteria secuestrante de 5 milímetros de diámetro. En el segmento paracardiaco y basal posterior existe una formación quística que se colapsa con los movimientos ventilatorios. Se disea la arteria, que pasa por delante del esófago, sin ver su origen en la aorta.

Lobectomía inferior derecha típica.

La evolución post-operatoria fue buena siendo dada de alta a la semana de operada.

Al mes consulta en policlínica por claudicación intermitente de miembro inferior derecho a los 150 mt., comprobándose al examen ausencia de pulso femoral derecho.

La aortografía mostró obstrucción de iliaca externa y femoral común. Se efectuó By-Pass iliaco femoral con buena evolución post-operatoria.

COMENTARIO

La S.P. es una malformación poco frecuente.

Abey Smith en 1946 (4) publica un trabajo y establece el esbozo de una teoría patogénica que es retomada por Price en 1955 (1) que da forma definitiva a la teoría de la competencia vascular y señala varios subgrupos de estas malformaciones.

En nuestro medio se ocuparon del tema Ruiz Liard y col. que publicaron en 1971 (2) una casuística de 13 casos.

Las secuestraciones pulmonares se dividen en:

- A) Típicas: Intralobar; Extralobar.
- B) Atípicas.

En nuestro caso se trataba de una S.P. típica intralobar.

El motivo principal de esta presentación es que el diagnóstico nosológico y de tipo se pudo hacer mediante la arteriografía.

No hemos visto señalado, en la literatura nacional, el cateterismo selectivo de la o las arterias secuestrantes.

Establecer el diagnóstico tiene enorme interés ya que el cirujano conoce lo que va a encontrar.

Su primer paso debe ser: buscar, aislar y ligar la o las arterias secuestrantes, procediendo luego a la resección pulmonar.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 19 de noviembre de 1978.

Residentes de Cirugía, Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica y Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Chaná 2343, Montevideo (Dr. D. Parma).

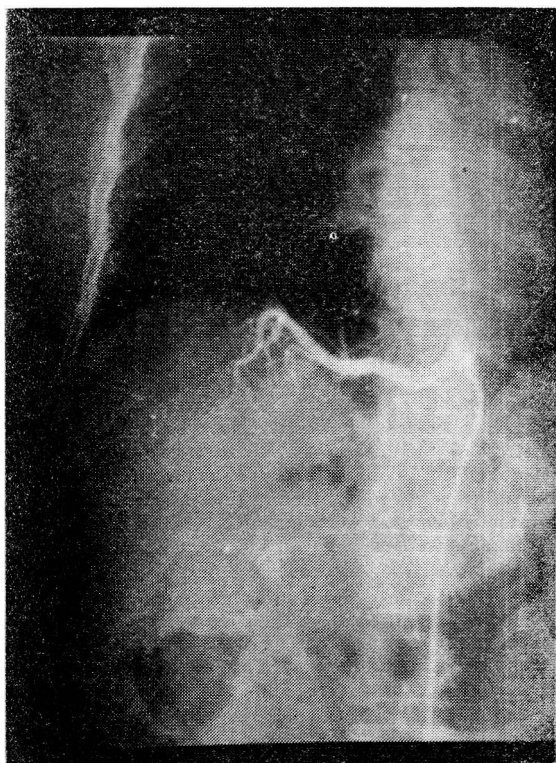


FIG. 1.—Arteriografía selectiva.

Se discute actualmente el tipo de la misma. Los autores anglosajones como Saegesser (3) creen que en la S.P. intralobar no infectada el tratamiento de elección es la resección segmentaria.

Siguiendo a Delarue y a los trabajos presentados en nuestro medio, quienes establecen que el territorio de la arteria secuestrante excede a la zona secuestrada, debe efectuarse lobectomía.

RESUME

Sequestration pulmonaire intralobaire

Les auteurs présentent une observation de séquestration pulmonaire intralobaire, son diagnostic appuyé fondamentalement sur l'artériographie et sa résolution chirurgicale, la lobectomie.

SUMMARY

Intralobar pulmonary sequestration

The paper describes a case of Intralobe Pulmonary Sequestration. Diagnosis was mostly based on arteriography and treatment consisted surgery which, according to the authors, should be lobectomy.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. PRYCE DN. Lower Accessory pulmonary artery with intralobar sequestration of lung. Report of seven cases. *J Path Bact*, 58: 457, 1946.
2. RUIZ LIARD A, SUAREZ H y FOLLE JA. Secuestración pulmonar intralobar. *Tórax*, 20: 89, 1971.
3. SAEGESSER F and BESSON A. Extralobar and Intralobar pulmonary sequestration of the upper and lower lobes. *Chest*, 63: 69, 1973.
4. SMITH RA. A theory of the origin of Intralobar sequestration of lung. *Thorax*, 11: 10, 1956.