

Secuestro pulmonar extralobar con hernia diafragmática congénita: Reporte de un caso y revisión de la literatura

Juan de Dios Victoria Zúñiga,* Eduardo Próspero Chávez Enríquez,* Daniel Hernández Arrazola,* Víctor Manuel Vásquez Gutiérrez,* Ulises Alvarado León*

INTRODUCCIÓN

Los secuestros broncopulmonares son anomalías bastante raras. La condición se divide anatómicamente en dos formas: intralobar y extralobar. La intralobar (SIL) existe cuando el tejido displásico se encajona dentro de la pleura visceral normal del pulmón (75%), mientras la extralobar cuando la masa del tejido tiene su propia pleura. La lesión consiste en tejido pulmonar en el que falta la comunicación normal al árbol traqueobronquial, además de tener un suministro arterial sistémico y porciones de la pleura del lóbulo. El cuadro normalmente ocurre con infección recurrente. La causa es desconocida, pero se ha considerado que es una malformación congénita. La hipótesis normalmente aceptada es que el pulmón separado representa un brote pulmonar adicional que ha mantenido el suministro de su propia sangre sistémica.

El diagnóstico preoperatorio es difícil. Savic y colaboradores indican que es posible establecerlo únicamente en 47% de los casos extralobares y en sólo 9% de los intralobares. El diagnóstico diferencial incluye bronquiectasia, absceso pulmonar, empiema, neoplasia pulmonar, malformación adenomatoidea quística congénita, neumonía por *Staphylococcus* con formación del neumatocele y hernia del diafragma congénita. Tradicionalmente, el diagnóstico ha sido realizado mediante angiografía para confirmar el drenaje arterial y venoso aberrante.

Se recomienda el tratamiento quirúrgico, tanto en casos sintomáticos como en asintomáticos porque el

secuestro puede causar complicaciones (infección, hemorragia pulmonar, hipertensión pulmonar, falla cardíaca), siendo posible realizar lobectomía o segmentectomía con ligadura cuidadosa de vasos aberrantes.

CASO CLÍNICO

Se presenta un caso de secuestro pulmonar con hernia diafragmática congénita derecha en un niño de siete



Figura 1. Radiografía simple de tórax. Imagen compatible con hernia diafragmática del lado derecho.

* Servicio de Cirugía, Hospital para el Niño, Instituto Materno Infantil del Estado de México (IMIEM).

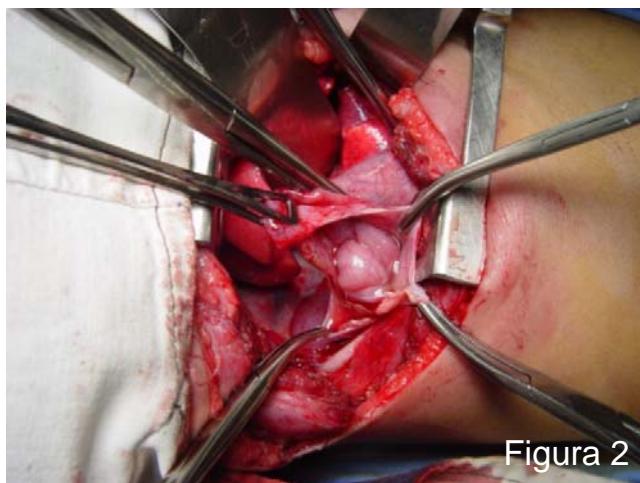


Figura 2

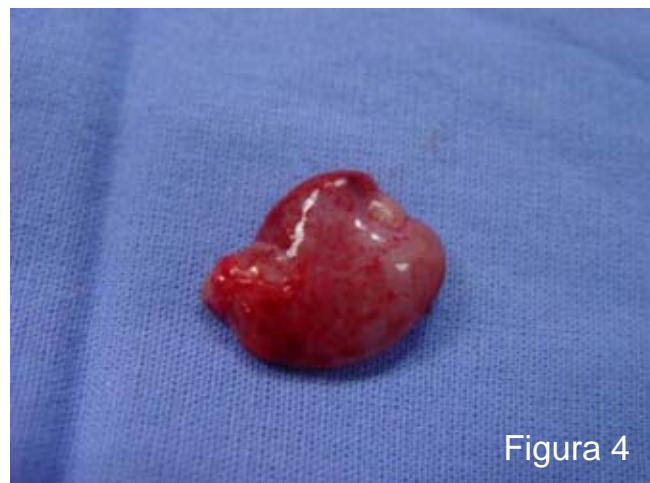


Figura 4

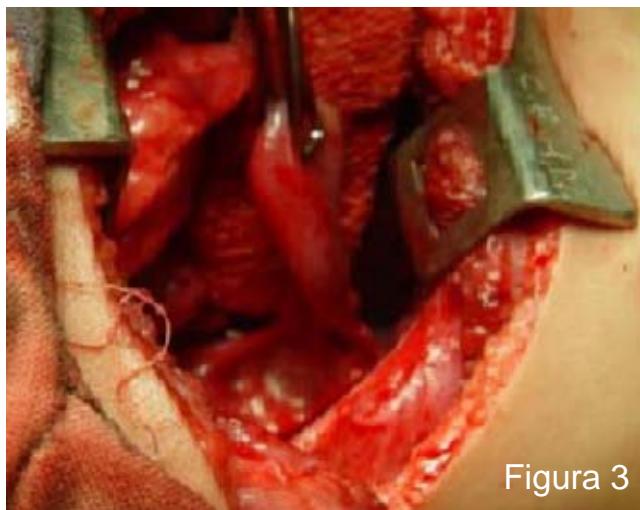


Figura 3

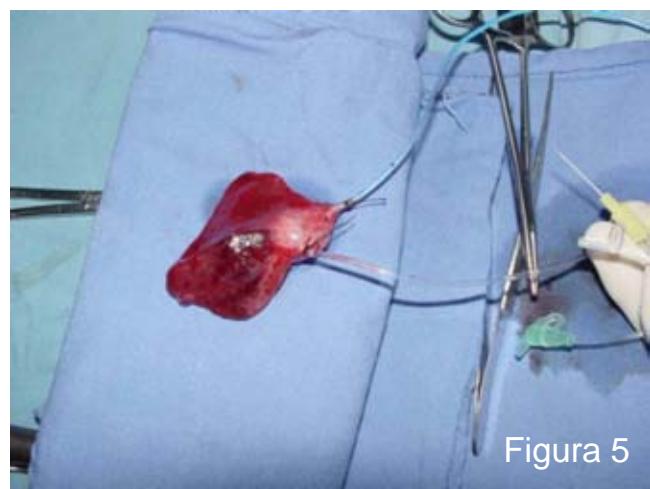


Figura 5

te meses de edad, gesta II por eutocia, sin antecedentes de importancia. Sufre padecimiento de tres días con tos productiva en accesos, emetizante, disneizante, cianosante, fiebre. Examen físico: polipnea de 44 por minuto, estertores broncoalveolares bilaterales, tiraje intercostal, polipneico, retracción xifoidea y somnolencia, ruidos intestinales en hemitórax derecho, abdomen en batea. Radiografía de tórax: imagen de consolidación y de asas intestinales en región basal derecha (*Figura 1*). La cirugía confirmó la presentación de hernia diafragmática congénita derecha (*Figura 2*) y la existencia de secuestro pulmonar extralobar (*Figuras 3 y 4*).

Se realizó segmentectomía basada en los riesgos de complicaciones futuras, diagnosticándose histopatológicamente como secuestro extralobar tipo III de

acuerdo a Price (*Figuras 4 y 5*). Por consiguiente, el secuestro extralobar se resuelve, en este caso, por medio de toracotomía posterolateral, corrigiendo además la hernia diafragmática derecha (*Figura 2*).

Se realizó segmentectomía basada en la función respiratoria del paciente y en su edad (*Figura 3*).

DISCUSIÓN

Este informe sugiere que el secuestro extralobar no es una condición adquirida y confirma que es una malformación congénita que, de acuerdo a los hallazgos histológicos, tiene arterias aberrantes. Por lo tanto, el secuestro pulmonar extralobar debe ser considerado, incluso en pacientes con otras anomalías congénitas. En este caso, asociado a hernia diafragmática congénita.

En la literatura sólo se ha descrito un caso con secuestro pulmonar y duplicación gástrica, por lo que vuelve doblemente interesante el reporte, primero de su tipo publicado en nuestro medio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Huddy CLJ. Congenital diaphragmatic hernia: prenatal diagnosis, outcome and continuing morbidity in survivors. Clinical Pediatrics 2001; 40(1): 57-58.
2. Hadley GP. Gastric duplications with extralobar pulmonary sequestration: An uncommon cause of «colic». Clinical Pediatrics 2001; 40(6): 364.
3. Carrasco R. Extralobar infradiaphragmatic pulmonary sequestrations with a digestive communication. The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery 2002; 123(1): 188-189.
4. Wandschneider W. Intralobar sequestration: A rare cause of severe hemothorax. The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery 2003; 126(3): 872-873.