

Revista Mexicana de Pediatría

Volumen **72**
Volume

Número **5**
Number

Septiembre-Octubre **2005**
September-October

Artículo:

Secuestro pulmonar como causa de dificultad respiratoria en un neonato

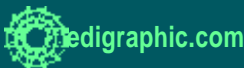
Derechos reservados, Copyright © 2005:
Sociedad Mexicana de Pediatría, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



Secuestro pulmonar como causa de dificultad respiratoria en un neonato

(Neonatal respiratory distress due to pulmonary sequestration)

Gaspar Ulises Cáceres-Papadakis,* Mario Torres-Muñoz,* Bronson Osorio-Martínez,*
Isidro Artemio Gamboa-Cázares*

RESUMEN

El secuestro pulmonar es una masa de tejido broncopulmonar sin conexión con el árbol traqueobronquial, que recibe sangre arterial de la vasculatura sistémica. Ocurre en 6% de los casos con malformaciones congénitas pulmonares. En este neonato se manifestó por insuficiencia respiratoria por compresión del parénquima pulmonar; al tercer día se le resecó el secuestro y a los diez días de estancia hospitalaria egresa satisfactoriamente.

Palabras clave: Secuestro pulmonar, dificultad respiratoria, malformación pulmonar.

SUMMARY

Pulmonary sequestration is a bronchopulmonary tissue mass that does not communicate with the tracheobronchial tree; it receives its blood supply from systemic vessels. Pulmonary sequestration counts for 6% of all congenital pulmonary malformations. In this case was shown with respiratory distress by compression of normal lung tissue in the affected side.

Key words: Pulmonary sequestration, respiratory distress, pulmonary malformation.

El secuestro pulmonar, conocido desde hace seis décadas, se le describe como una masa de tejido broncopulmonar sin conexión con el árbol traqueobronquial; esta masa es irrigada por la vasculatura sistémica: 75% de los casos recibe sangre de la aorta que luego drena hacia la circulación venosa sistémica.¹ Seis por ciento de las malformaciones congénitas pulmonares corresponden a esta anomalía. En cuanto al diagnóstico, es posible identificarlo desde el segundo trimestre de gestación.² Se le clasifica en intra y extralobar, según su relación con el tejido pulmonar sano y si se le encuentra cubierto por su propia pleura; se ha descrito una tercera variante que incluye una comunicación con el tracto digestivo.³ En 90% de los casos se trata de la variante intralobar y su localización más frecuente es en los segmentos dorsales de los lóbulos inferiores, principalmente del lado izquierdo. La variedad extralobar se asocia con fístulas esofágicas, hernia diafragmática y malformaciones cardíacas y es cuatro veces más frecuente en varones que en mujeres.⁴

Presetación del caso. Recién nacido a término masculino, producto de la tercera gesta de una mujer de 32 años. Su edad de gestación, por Capurro, fue de 38 semanas; su peso fue de 2,850 g. A las 6 horas de vida extrauterina presentó dificultad respiratoria: Silverman-Andersen (S-A) de 6 a expensas de quejido respiratorio constante; mostró tiros intercostales, disociación toracoabdominal y retracción xifoidea. Se le intuba y coloca onfalocisis; en su radiografía del tórax (*Figura 1*) se observa opacidad pulmonar basal izquierda, por lo que se sospecha neumonía intrauterina; se le inicia manejo con ampicilina y amikacina logrando disminuir parámetros ventilatorios por lo que se le extuba a las 36 horas de vida. Presenta nuevamente S-A de 6, se le reintuba y se hace estudio ultrasonido pulmonar que muestra imagen compatible con condensación pulmonar. Debido a su evolución clínica, se le solicita una tomografía contrastada apreciándose una imagen compatible con secuestro pulmonar intrapleural (*Figura 2*). Al tercer día se le resecta mediante toracotomía, y 48 horas después manifiesta datos de respuesta inflamatoria sistémica, por lo que se le cambian los antibióticos: a vancomicina y meropenem, y se le administra inmunoglobulina intravenosa; el reporte del hemocultivo fue positivo para *Staphylococcus aureus*, pero

* Departamento de Neonatología, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Hospital de Ginecología y Obstetricia de Monterrey.



Figura 1. Radiografía de tórax donde se observa opacidad en la base del pulmón izquierdo.

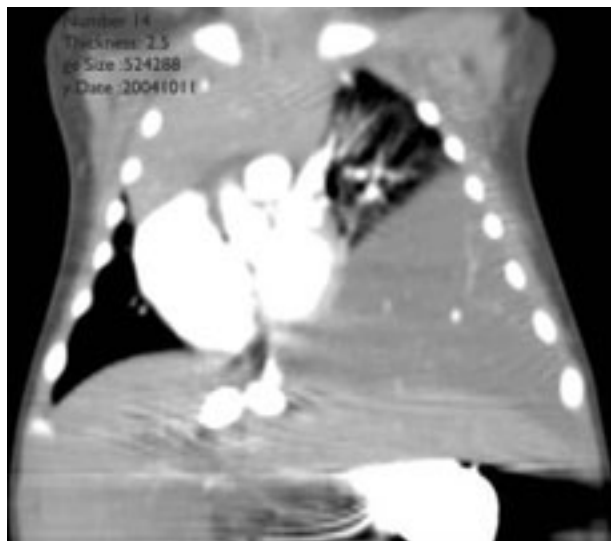


Figura 2. TAC de tórax contrastado donde se observa masa en el interior del hemitórax izquierdo que condiciona efecto compresivo sobre el pulmón correspondiente y desplaza el mediastino hacia la derecha.

responde satisfactoriamente a los antibióticos. Se le extuba al quinto día de ser intervenido, con radiografía de tórax normal (Figura 3). Egres a 10 días sin complicaciones.

DISCUSIÓN

El secuestro pulmonar intrapleural rara vez se diagnostica en la etapa neonatal y sólo la mitad de éstos son diagnosticados antes del año de edad: generalmente por la presencia de neumonías recurrentes; este caso se presentó



Figura 3. Radiografía de tórax posterior a la resección con características normales.

con insuficiencia respiratoria por compresión del parénquima pulmonar. Las manifestaciones clínicas corresponden a las del síndrome de consolidación pulmonar y puede ser escuchado un soplo sistólico proveniente de la circulación sistémica.⁵

En cuanto al diagnóstico radiológico, se observa como una opacidad en el área del tórax afectada, principalmente en los segmentos basales del lóbulo inferior. La aortografía se considera el estándar de oro para el diagnóstico: ya que permite identificar la irrigación arterial y el drenaje venoso del segmento afectado, pero recientemente la tomografía helicoidal ha desplazado a la aortografía como procedimiento de elección en el diagnóstico de este problema.⁶

El tratamiento quirúrgico es necesario en pacientes como el nuestro: con secuestro pulmonar y dificultad respiratoria secundaria a la compresión del tejido sano. En casos asintomáticos hay cierta controversia en cuanto a reseccionar los segmentos del pulmón afectado, para evitar infecciones recurrentes y la necesidad de un procedimiento quirúrgico posterior. En caso de secuestros pulmonares intralobares la resección abarcará todo el lóbulo, pues no siempre pueden definirse los límites del secuestro.⁷ En lo referente al pronóstico, si puede reseccionarse la totalidad del área secuestrada, lo habitual es que no haya complicaciones.⁵

Referencias

1. McLean S, Pfeifer J, Siegel M et al. Congenital cystic adenomatoid malformation connected to an extralobar pulmonary se-

- questration in the contralateral chest: Common origin? *Pediatr Surg* 2004; 39: e13-17.
2. Adzick S. Management of fetal lung lesions. *Clin Perinatol* 2003; 30: 456-63.
 3. Corbett H, Humphrey G. Pulmonary sequestration. *Paediatr Respir Rev* 2004; 5: 59-68.
 4. Ito F, Asaoka M, Nagai N, Hayakawa F. Upper thoracic extralobar pulmonary sequestration with anomalous blood supply from the subclavian artery. *Pediatr Surg* 2003; 38: 626-8.
 5. Krummel TM. Congenital malformations of the lower respiratory tract. In: *Kendig's Disorders of the Respiratory Tract in Children*. 6th ed. Philadelphia: WB Saunders Co; 1998: 311-3.
 6. Bratu I, Flageloe H, Chen M, Lorenzo M, Yazbeck S, Laberge J. The multiple facets of pulmonary sequestration. *J Pediatr Surg* 2001; 36: 784-90.
 7. Ayed A, Owayed A. Pulmonary resection in infants for congenital pulmonary malformation. *Chest* 2003: 676-82.

Correspondencia:

Dr. Gaspar Ulises Cáceres Papadakis
Av. Hidalgo Núm. 1842 Poniente.
Col. Obispado Monterrey, N.L.
64040 Tel. y fax: (81) 81224762

