

Secuestro pulmonar intralobar bilateral en adulto joven. A propósito de un caso



Bilateral Intralobar Pulmonary Sequestration in a Young Adult. A Case Report

Sr. Director:

Presentamos el caso de un varón de 19 años con antecedente de hematoma subdural post-traumático en diciembre de 2014.

Acude al servicio de urgencias de nuestro centro con clínica sugestiva de infección respiratoria aguda y radiología compatible con neumonía basal derecha. Niega cuadros catarrales de repetición, previamente, ni expectoración hemoptoica.

Durante el ingreso se realizó una radiografía de tórax identificándose en el tercio inferior del hemitórax derecho una masa homogénea bien definida que borra el hemidiafragma, sin claro broncograma aéreo en su interior. Se solicitó una TC de tórax, durante el ingreso, por el aspecto homogéneo de la masa, describiéndose un área de consolidación pulmonar de 9 cm de diámetro con broncograma periférico en segmento posterior y medial del LID.

Se inició tratamiento antibiótico empírico, y tras la buena evolución clínica y resolución parcial de la imagen radiológica se decidió dar el alta con el diagnóstico de neumonía de la comunidad.

En la consulta de revisión persistía parcialmente la masa homogénea derecha, y se observó una «opacidad tubular» en base izquierda detrás de la silueta cardiaca (fig. 1A) que nos orientó al diagnóstico de secuestro pulmonar, por lo que solicitamos una angiotomografía, con los hallazgos de secuestro pulmonar (SP) derecho en localización basal posterior, sin cisura de separación con el resto del parénquima pulmonar, irrigado por una arteria que procede de la aorta abdominal, el drenaje venoso va a la aurícula izquierda a través de la vena pulmonar inferior derecha; SP izquierdo en localización basal posterior, cisura de separación parcial con el resto del parénquima pulmonar, irrigado por una arteria procedente de la aorta torácica, el drenaje venoso va a la aurícula izquierda a través de la vena pulmonar inferior izquierda (figs. 1B-D).

Tras los hallazgos de la TC se remitió el paciente al servicio de cirugía torácica de referencia con el diagnóstico de SP bilateral para valoración quirúrgica. Se realizó exéresis atípica del LID por minitoracotomía derecha videoasistida y ligadura de la arteria



Figura 1. A) Radiografía de tórax PA donde se observa una masa bien definida en LID, sin aparente broncograma aéreo en su interior, y una opacidad tubular retrocardiaca izquierda que corresponde a un vaso nutricio proveniente de una rama de la aorta abdominal. B-D) Reconstrucción de la TC de tórax donde se evidencian los vasos que nutren ambos secuestros. En el derecho se observa la arteria proveniente de la aorta abdominal con su drenaje venoso a aurícula izquierda, a través de la vena pulmonar inferior derecha. En el izquierdo se visualiza la arteria proveniente de la aorta torácica con su drenaje venoso a aurícula izquierda, a través de la vena pulmonar inferior izquierda.

proveniente de la aorta abdominal, y de forma diferida 2 meses después se realizó exéresis atípica del LII por minitoracotomía izquierda videoasistida, con liberación de la arteria del secuestro y vena pulmonar inferior. Los diagnósticos intraoperatorios fueron: SP intralobar derecho e izquierdo con cisura accesoria en lóbulo inferior izquierdo, irrigado por rama directa de la aorta. En la anatomía patológica se describió parénquima pulmonar tapizado por pleura visceral, con focos aislados de fibrosis pulmonar y bronquios dilatados, hallazgos compatibles con SP intralobar en lóbulo inferior izquierdo y lóbulo inferior derecho.

El SP es una malformación rara, generalmente el diagnóstico se realiza en edades tempranas de la vida, siendo el tratamiento de elección la segmentectomía a través de una toracotomía. La mayoría de los SP intralobares son unilaterales, siendo muy raros los bilaterales. La incidencia general del SP ronda entre 0,15-1,8%, la estadística exacta del SP bilateral aún no se ha determinado, aunque se sabe que es extremadamente raro¹.

En el secuestro intralobar el aspecto radiológico suele ser variable: masa homogénea bien definida, lesión quística llena de aire o líquido, región hiperluciente e hipovascular o combinación de todos². Pero también puede manifestarse, como en nuestro caso, de una forma inusual, y solo con una sutil área de opacidad tubular en el lóbulo inferior que puede representar los vasos sistémicos o el drenaje venoso asociado a la lesión³.

A lo largo de los años se han realizado varias revisiones de casos en los que se observan pocos secuestrados bilaterales, como la revisión que hicieron Wei Y y Li F en 2011, donde solo 3 de los 2.625 casos revisados eran bilaterales; 2 pacientes con ambos SP intralobares, como el nuestro⁴.

En cuanto al tratamiento se ha comparado la resección quirúrgica de la menor cantidad de parénquima pulmonar con la embolización angiográfica en recién nacidos, y se cree que el método más efectivo y seguro es la resección quirúrgica⁵. Aunque se han presentado casos en pacientes asintomáticos tratados con embolización de forma satisfactoria².

Hay que destacar, que a pesar de que en la literatura revisada se describen muchas formas de presentación de SP, no debemos olvidarnos de las neumonías de lenta resolución que pueden enmascarar esta entidad y que, en nuestro caso, junto con la opacidad tubular nos orientó hacia el diagnóstico. Además, se desconoce exactamente cuántos casos de SP bilateral existen en España, y consideramos interesante en un futuro realizar más revisiones de casos con la finalidad de ampliar los conocimientos sobre el tema.

Bibliografía

1. Seok JP, Kim YJ, Cho HM, Ryu HY. A rare case of bilateral pulmonary sequestration managed with embolization and surgical resection in a patient. *Korean J Thorac Cardiovasc Surg.* 2013;46:475-7.
2. Webb WR, Higgins CB. Lesiones broncopulmonares congénitas. En: Webb WR, Higgins CB, editores. *Radiología pulmonar y cardiovascular.* Madrid: Marbán; 2009. p. 21-7.
3. Frazier AA, Rosado de Christenson ML, Stocker T, Templeton PA. Intralobar sequestration: Radiologic-pathologic correlation. *Radiographics.* 1997;17:737.
4. Wei Y, Li F. Pulmonary sequestration: A retrospective analysis of 2625 cases in China. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2011;40:e39-42.
5. Cho MJ, Kim DY, Kim KS, Kim EA, Lee BS. Embolization versus surgical resection of pulmonary sequestration: Clinical experiences with a thoracoscopic approach. *J Pediatr Surg.* 2012;47:2228-33.

Filomena Oliveri Aruete*, Ariela Candelario Cáceres y Enrique Alonso Mallo

Servicio de Neumología, Hospital Río Carrión, Complejo Asistencial Universitario de Palencia, Palencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Filomena.Oliveri@gmail.com (F. Oliveri Aruete).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2016.09.008>
0300-2896/

© 2016 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto como diagnóstico diferencial de tuberculosis ganglionar. Reporte del primer caso de enfermedad de Kikuchi-Fujimoto en Perú



Kikuchi-Fujimoto Disease as a Differential Diagnosis for Lymph Nodetuberculosis. The First Case of Kikuchi-Fujimoto Disease in Peru

Sr. Director:

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad de alta prevalencia en el Perú¹. La afectación ganglionar, especialmente, representa un reto diagnóstico, pues suele ser difícil, y en ocasiones pueden darse tratamientos sin la certeza provista por la evidencia científica, dado que puede confundirse con la enfermedad de Kikuchi-Fujimoto (EKF).

Presentamos el caso de un paciente varón de 7 años natural de Lima, estudiante de 2.º grado de primaria que acude al servicio de neumología referido por pediatría evidenciando adenopatía axilar izquierda, sin datos previos que involucren síntomas respiratorios ni fiebre. Como antecedentes de importancia presenta vacunación completa según esquema de vacunación vigente de la OMS, que para Latinoamérica incluye bacilo Calmette-Guérin (BCG), sin historia de TBC previa, una probable exposición a TBC referida por la madre, quien afirma que 6 meses antes del cuadro acudió con el niño a un establecimiento penitenciario para visitar

a un pariente privado de su libertad. El pariente no presentaba diagnóstico de TBC, pero en Perú, por la alta prevalencia de esta enfermedad en la población carcelaria, se considera factor de riesgo de infección de TBC el acudir a estos establecimientos.

Al examen no se encontraron anomalías respiratorias, pero se evidenciaron adenopatías dolorosas de ± 2 cm en la región axilar izquierda. El resto del examen fue normal y no se encontraron anomalías en la analítica sanguínea. En los exámenes auxiliares la radiografía de tórax evidenció aumento de trama bronco vascular, sin lesiones patológicas, la ecografía confirmó el hallazgo de adenopatías axilares de 2,2 cm. Las pruebas de tuberculina (PPD) y baciloscopia para bacilos alcohol-ácido resistentes en esputo fueron negativas. Se le practicó una biopsia ganglionar, enviándose la muestra a estudio. No se realizaron cultivos de la biopsia para *Mycobacterium tuberculosis*. Ante el hallazgo en anatomía patológica que reportó linfadenitis crónica con tendencia granulomatosa se consideró TBC ganglionar como primera opción indicando el ingreso a programa de TBC para iniciar tratamiento. Sin embargo, como parte de un protocolo especial se realizó reacción en cadena de la polimerasa (PCR, por sus siglas en inglés de) para *Mycobacterium tuberculosis* con secuencia IS6110 en biopsia de ganglio, con resultado negativo, y se enviaron muestras para inmunohistoquímica con los siguientes resultados (fig. 1).

El paciente fue considerado un caso de EKF y no recibió tratamiento antituberculoso. El cuadro se resolvió a las 3 semanas de tratamiento sintomático.