

# Caso del Mes

## Octubre 2015

Sebastian McWilliams, MD\*

Danielle Carpenter, MD\*\*

Adrian Gaser, MD\*\*\*

Fernando R. Gutiérrez, MD\*

\*\*Washington University School of Medicine  
Department of Radiology, St. Louis, Mo. USA

\*\*Washington University School of Medicine  
Department of Pathology, St. Louis, Mo. USA

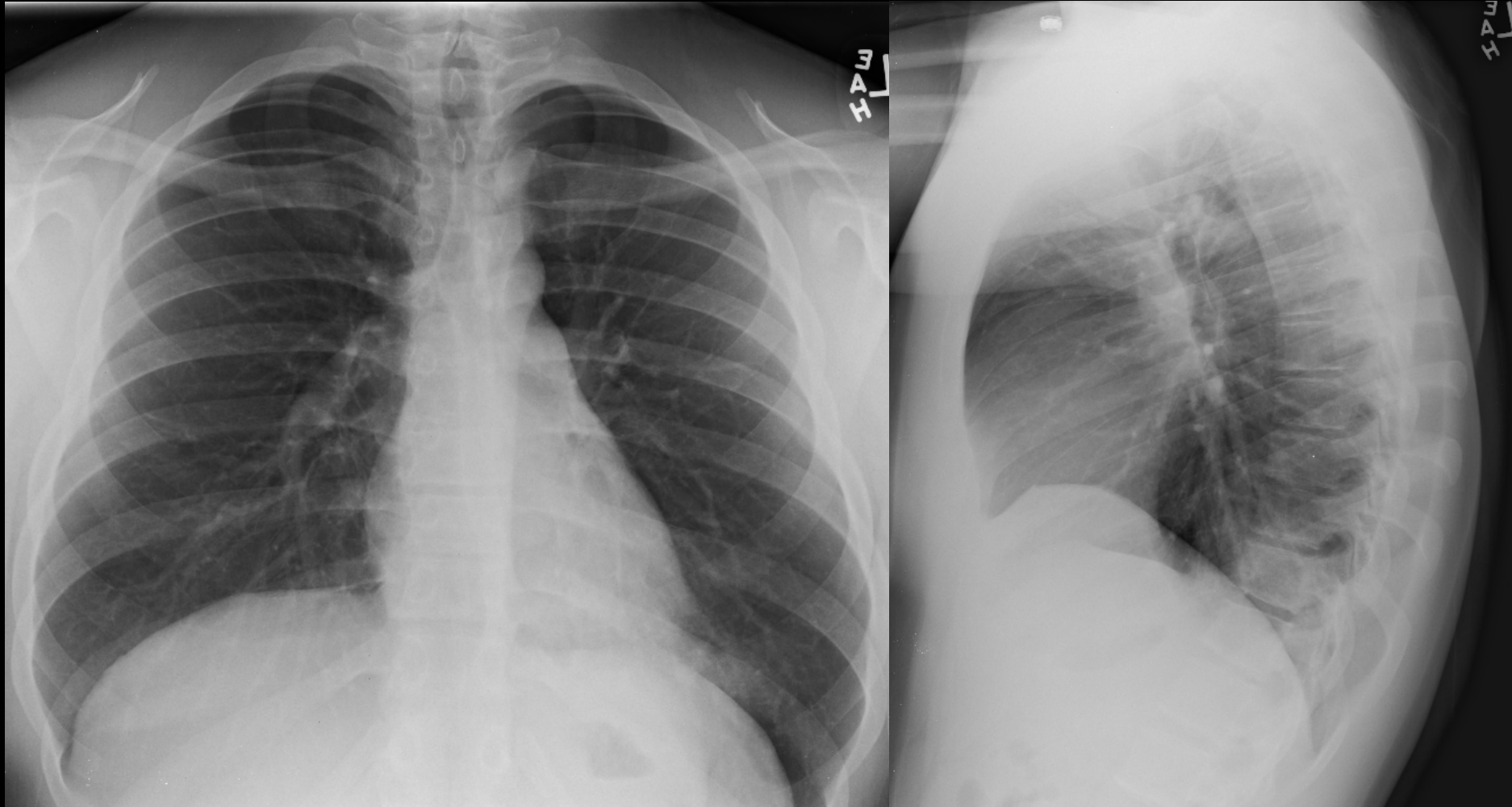
\*\*\* Sanatorio de la Trinidad, Palermo

Bs As , Argentina

# Paciente masculino de 23 años

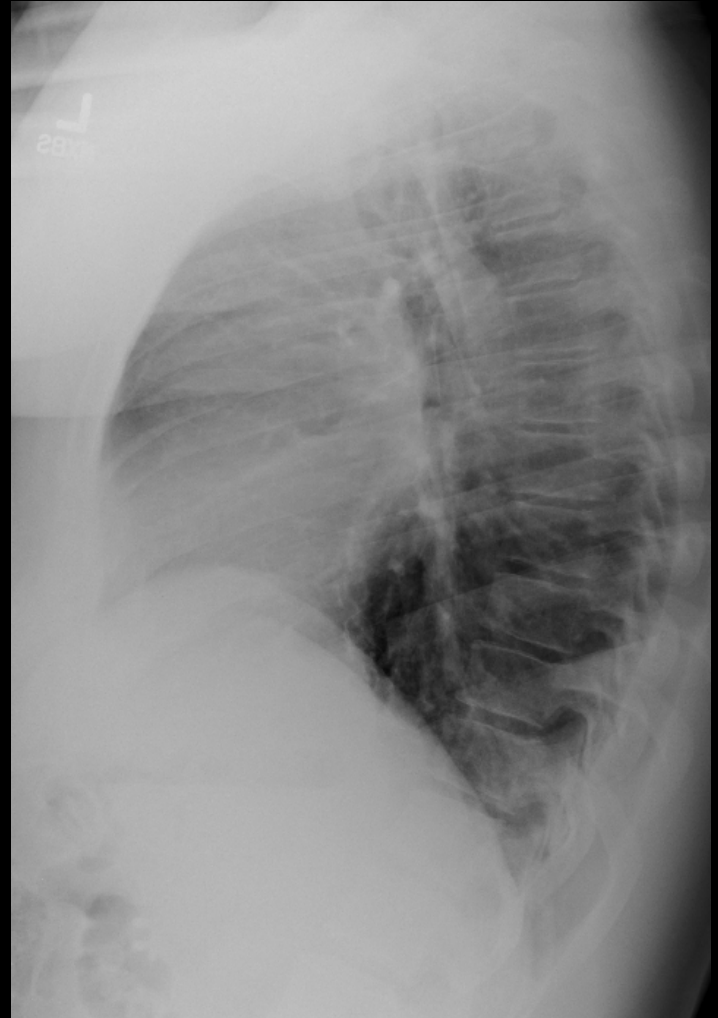
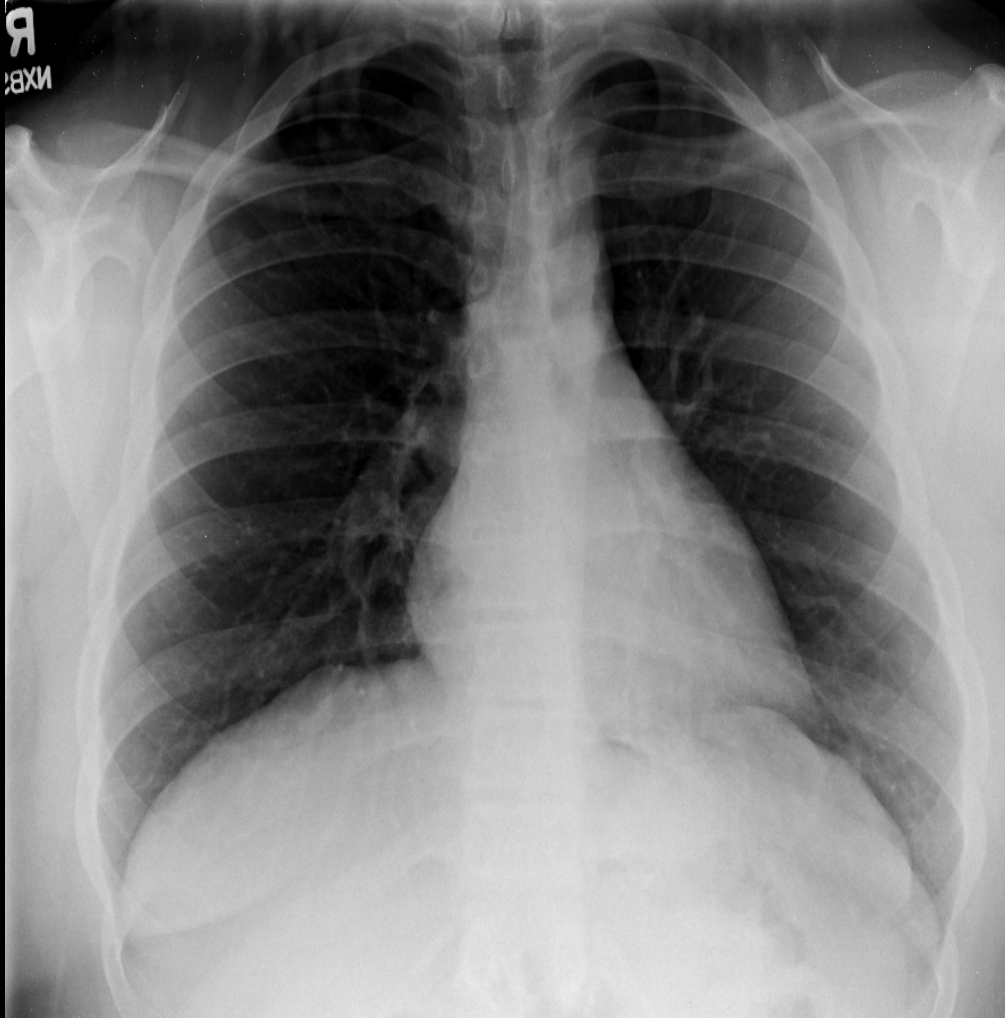
- Se presenta con un cuadro de hemoptisis
- Tenía historial previo de neumonía

# Radiografía simple

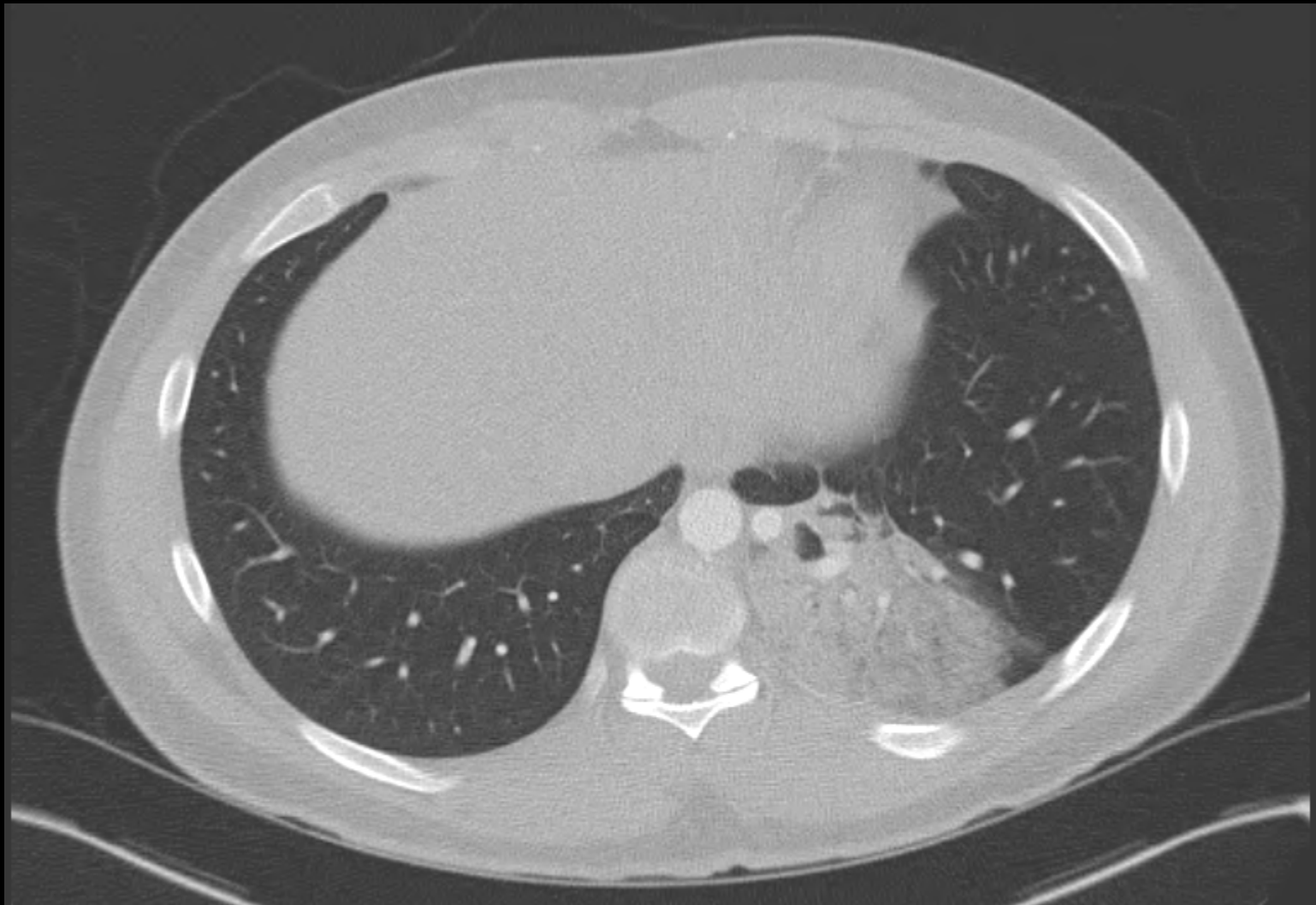


Estudio demuestra infiltrado neumónico en lóbulo inferior izquierdo

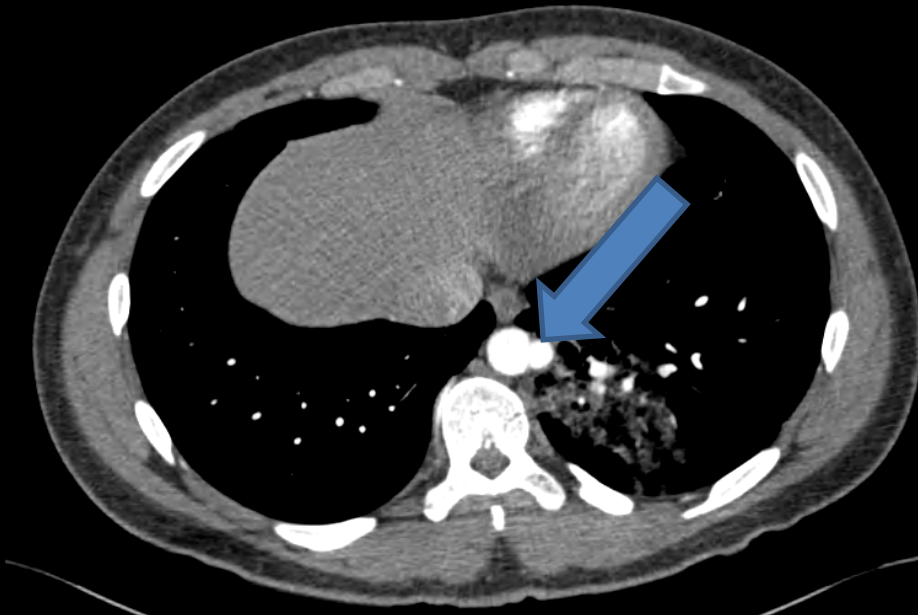
# Radiografía dos años antes



Se puede apreciar opacidad similar en base posterior izquierda

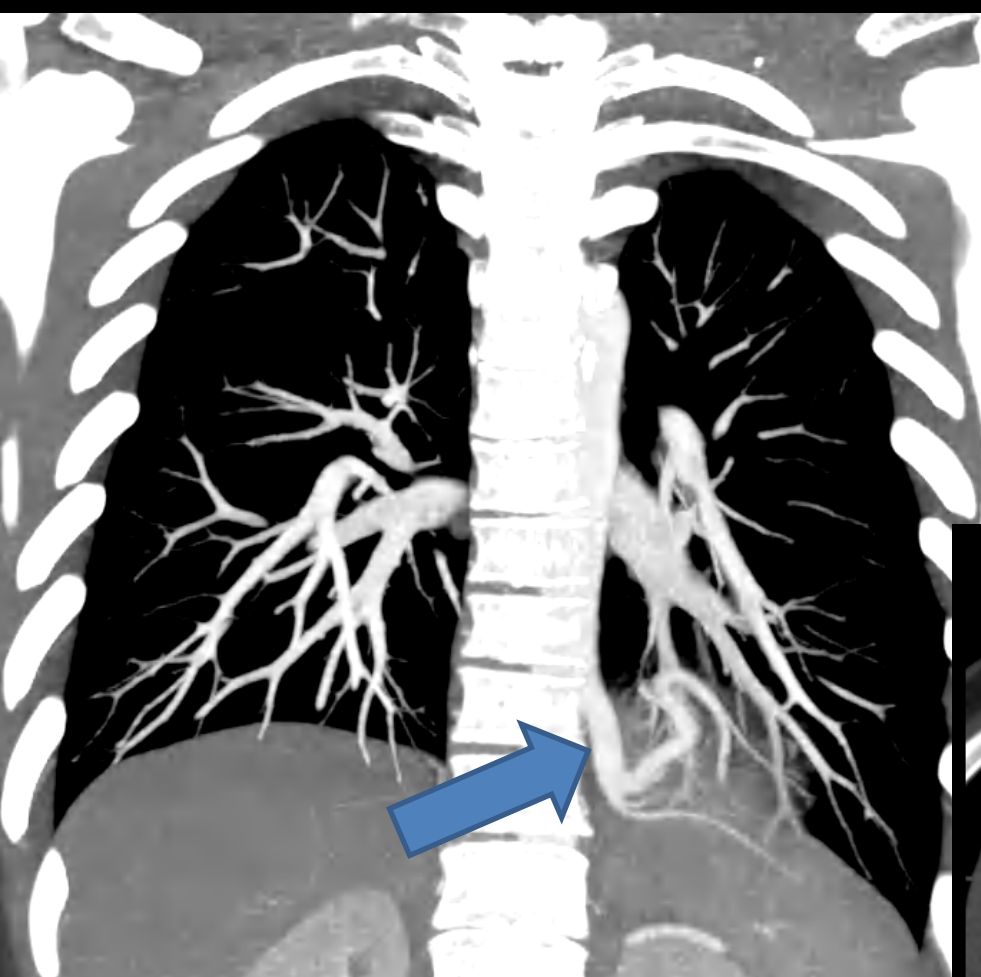


La tomografía computada confirma la presencia de una consolidación en el segmento posterior del lóbulo inferior izquierdo.

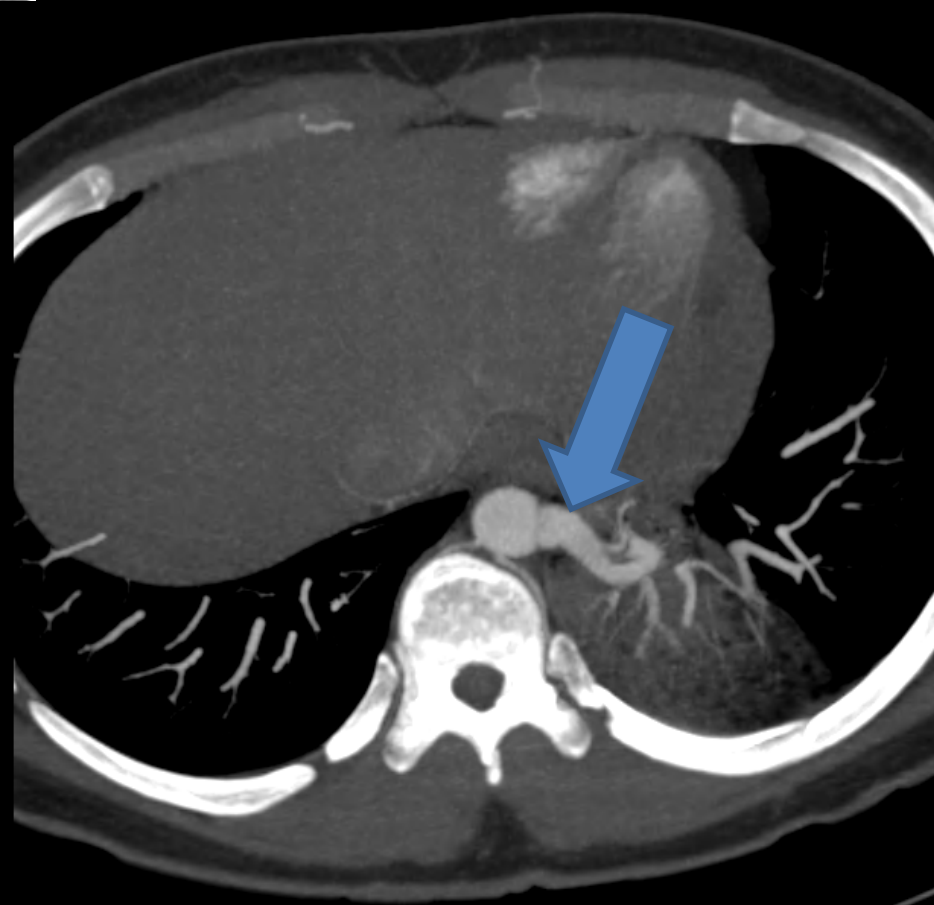


Ventanas mediastínicas de TC revelan la presencia de una estructura vascular (flecha) que nace de la aorta descendente y que suple el área de la consolidación





Imágenes MIP demuestran el tronco vascular (flecha) que irriga el área de consolidación



El paciente fue sometido a una  
lobectomía inferior izquierda

Diagnóstico patológico fue...



# Secuestro intralobar

## **DIAGNOSIS:**

LUNG, LEFT LOWER LOBE, LOBECTOMY

- LUNG WITH SEVERE INTRAALVEOLAR HEMORRHAGE AND CHRONIC INTERSTITIAL INFLAMMATION, CONSISTENT WITH INTRALOBAR SEQUESTRATION

LYMPH NODES, LEVEL 9, EXCISION

- THREE LYMPH NODES WITH NO HISTOPATHOLOGIC ABNORMALITY

## **DIAGNÓSTICO**

Lobectomía del lóbulo inferior izquierdo.

- Pulmón con hemorragia intraalveolar severa, asociado a inflamación intersticial crónica, consistente con secuestro intralobar.

Extracción de nódulos ganglionares (Nivel 9)

- Tres estructuras ganglionares sin anormalidades histopatológicas.

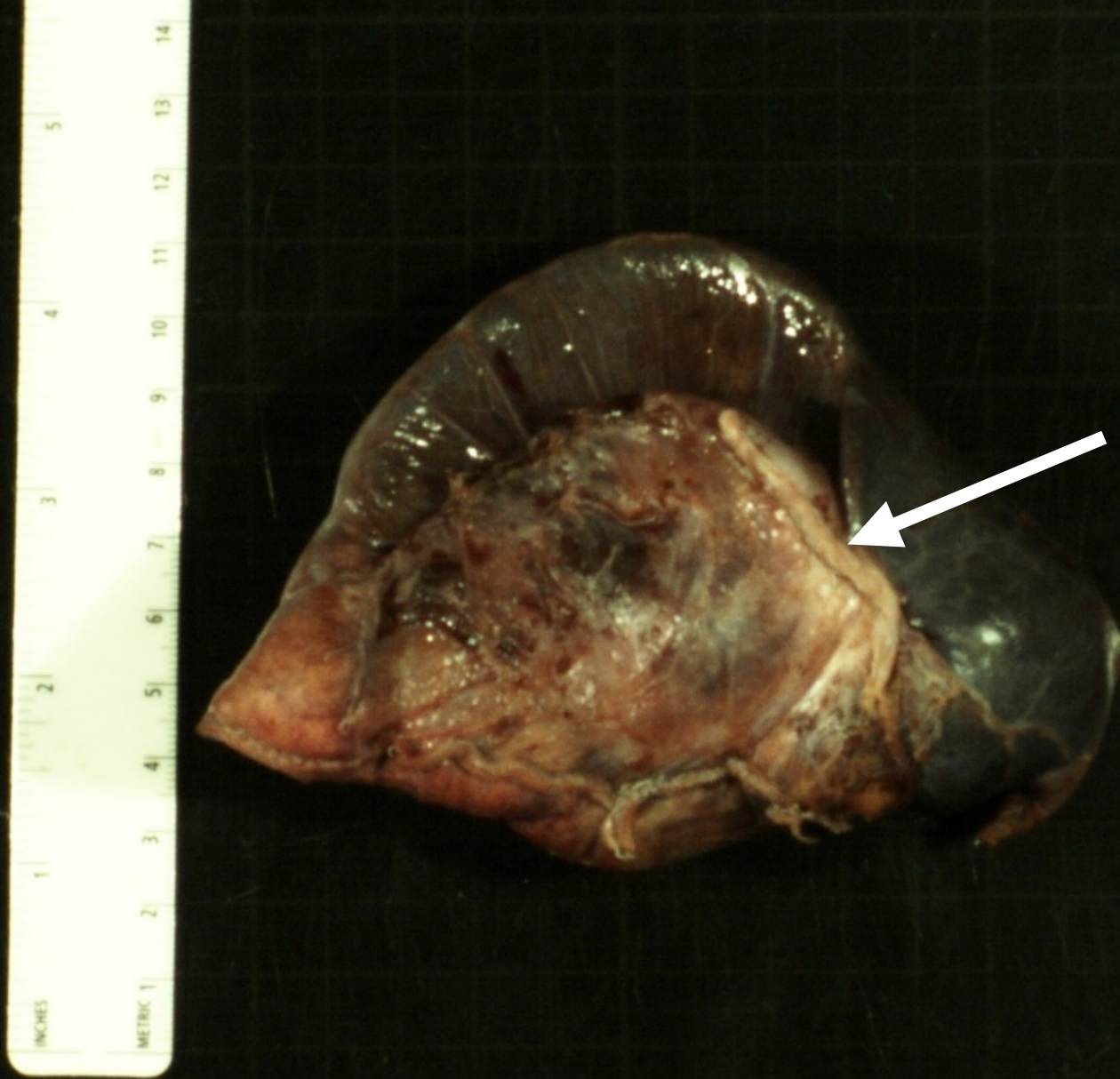
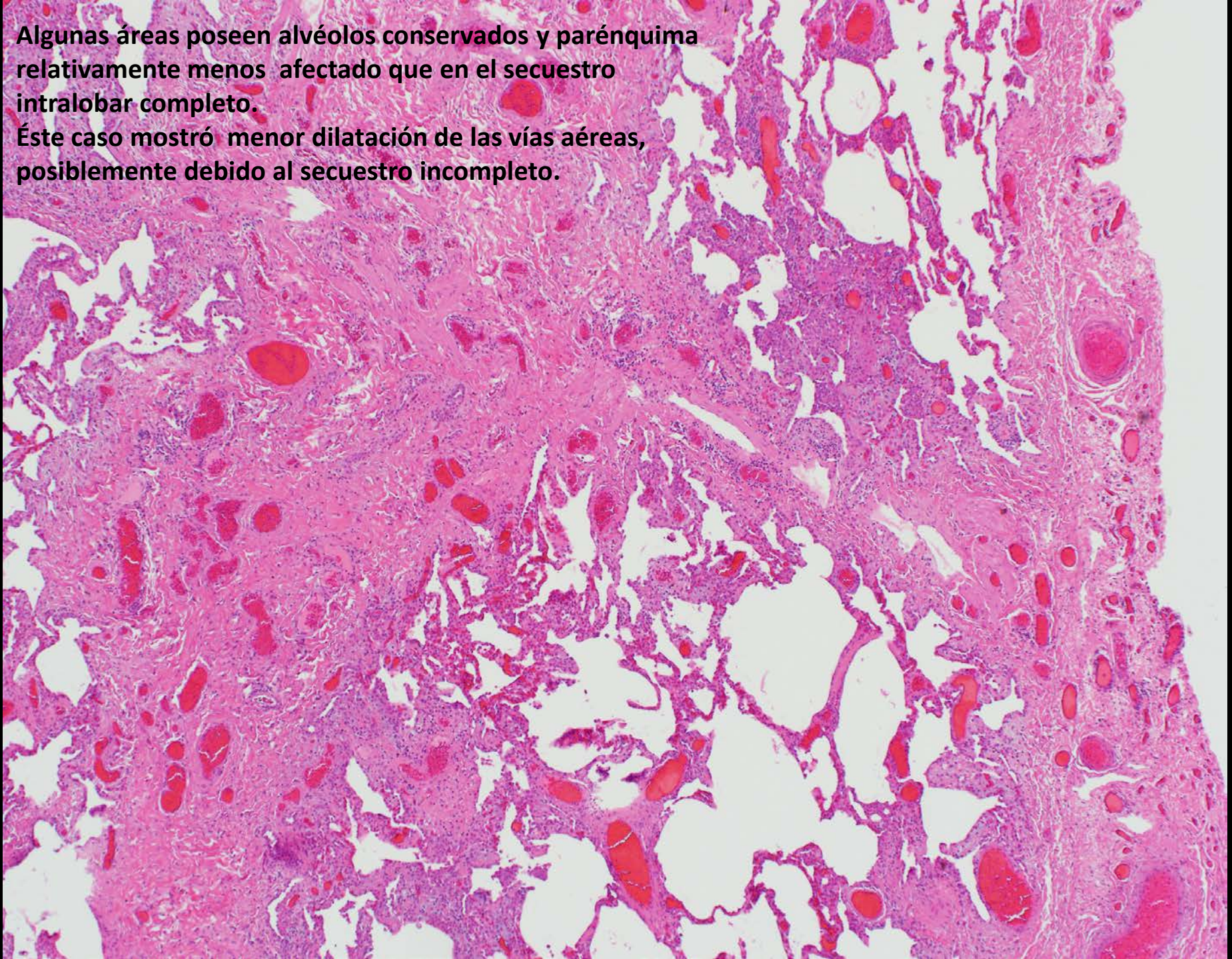


Foto pieza macroscópica, superficie externa. Se observan algunas adherencias y suministro vascular anómalo, clampeado (flecha).

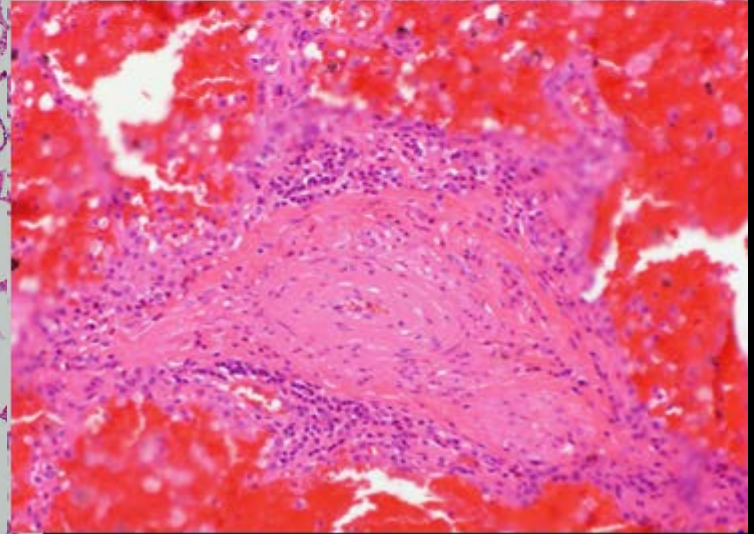
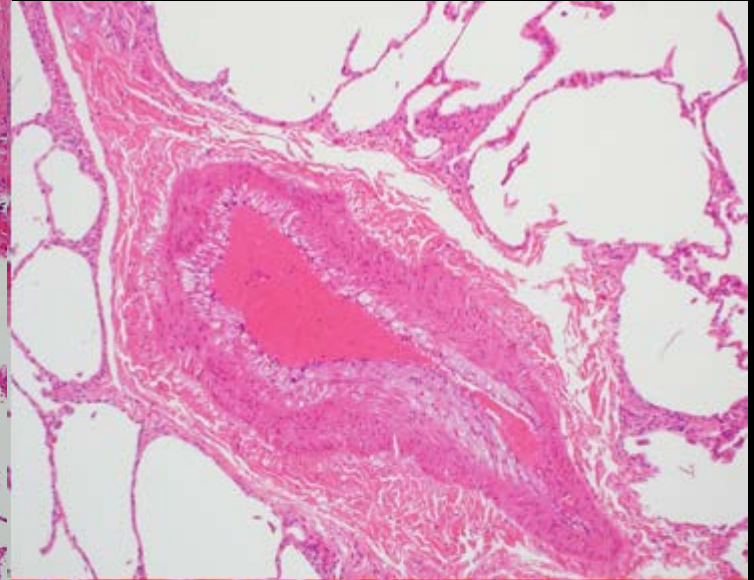
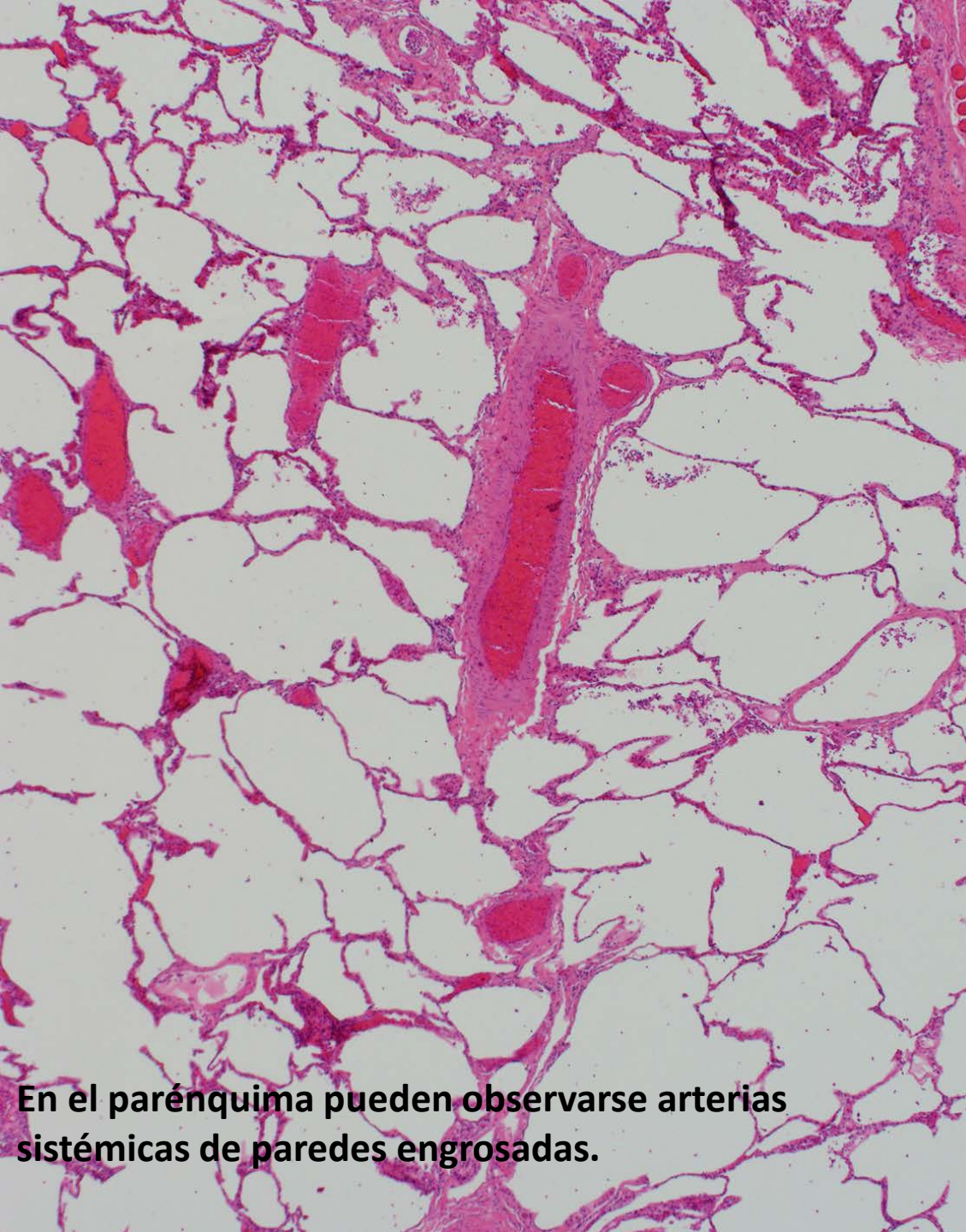


Algunas áreas poseen alvéolos conservados y parénquima relativamente menos afectado que en el secuestro intralobar completo.

Éste caso mostró menor dilatación de las vías aéreas, posiblemente debido al secuestro incompleto.

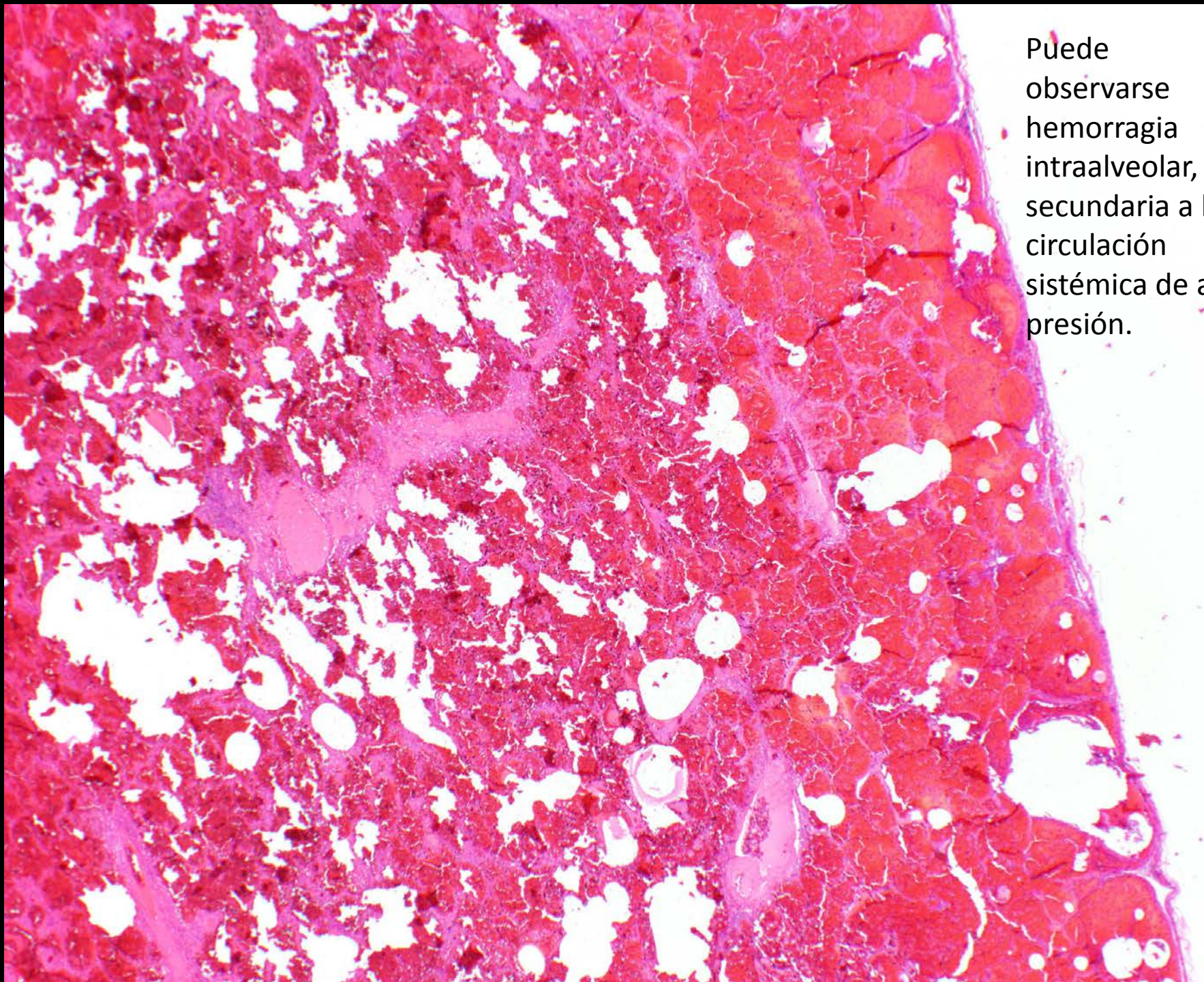






**En el parénquima pueden observarse arterias sistémicas de paredes engrosadas.**





Puede observarse hemorragia intraalveolar, secundaria a la circulación sistémica de alta presión.

# Secuestro Intralobular

La presentación con hemoptisis es atípica.

Este paciente presentaba un bronquio comunicante, por lo que el secuestro era incompleto.

El Secuestro Intralobar

75% de todos los secuestros.

No está asociado con otras anomalías.



# Secuestro Broncopulmonar

- Tejido pulmonar aberrante, por lo general sin conexión a la trama bronquial o arterias pulmonares.
- Suele estar irrigado por arterias sistémicas procedentes de aorta torácica. El drenaje venoso suele ser a la aurícula izquierda (**secuestro intralobular**) en la mayoría de los casos. En un menor porcentaje, el drenaje venoso es sistémico (**secuestro extralobular**).

# Secuestro Broncopulmonar

- La forma **extralobular** tiende a presentarse en el primer año de vida y suele tener cobertura pleural propia. Su presentación suele ser de efecto de masa en bases pulmonares y pueden asociarse a defectos congénitos del diafragma.
- A diferencia, la forma **intralobular** suele presentarse en pacientes jóvenes, casi siempre como consecuencia de neumonías recurrentes. No se asocia a defectos congénitos y se cree que su etiología deriva de infecciones recurrentes del parénquima pulmonar envuelto.



# Diagnóstico Imagenológico

**Radiografía Simple:** Opacidades **persistentes** en las bases correspondientes. Generalmente en la base izquierda, pero puede afectar el lado homólogo en un número menor de casos.

**Tomografía Computada:** Proceso consolidativo que puede estar cavitado si se superinfecta. Es crucial administrar contraste endovenoso si se sospecha, de tal modo de identificar suplado arterial y drenaje venoso. Esto facilita abordaje quirúrgico apropiado.

# Referencias

- Savic B, Birtel FJ, Tholen W, et al. Lung sequestration: report of seven cases and review of 540 published cases. Thorax 1979;34:96–101
- Lee EY, Boiselle PM, Cleveland RH. Multidetector CT evaluation of congenital lung anomalies. Radiology. 2008;247 (3): 632-48
- Franco J, Aliaga R, Domingo ML et-al. Diagnosis of pulmonary sequestration by spiral CT angiography. Thorax. 1998;53 (12): 1089-92.
- Berrocal T, Madrid C, Novo S et-al. Congenital anomalies of the tracheobronchial tree, lung, and mediastinum: embryology, radiology, and pathology. Radiographics. 24 (1): e17
- Frush DP, Donnelly LF. Pulmonary sequestration spectrum: a new spin with helical CT. AJR 1997;169:679– 682
- Amitai M, Konen E, Rozenman J, et al. Preoperative evaluation of pulmonary sequestration by helical CT angiography. AJR 1996;167:1069–70.