

Caso clínico-radiológico pediátrico

DANIELA BARAHONA Z.* y CRISTIAN GARCÍA B.**

Historia clínica

Niño de 9 años de edad, sin antecedentes clínicos de importancia, cursando un cuadro caracterizado por tos productiva y fiebre de hasta 38,5 °C, de cuatro días de evolución, por lo que es llevado al Servicio de Urgencia, donde se sospecha una neumopatía basal derecha. Por este motivo, se solicita radiografía (Rx) de tórax en proyecciones anteroposterior (AP) y lateral (Figuras 1a-c), que muestra una opacidad en la base del pulmón derecho, de bordes muy bien delimitados en la proyección lateral, compatible con atelectasia subsegmentaria del lóbulo medio derecho (flechas gruesas). No se demuestran zonas sospechosas de condensación neumónica.

Como hallazgo incidental, en el vértice del pulmón derecho y en situación medial, se observa una imagen lineal, que sólo es evidente en la proyección AP (flechas delgadas).

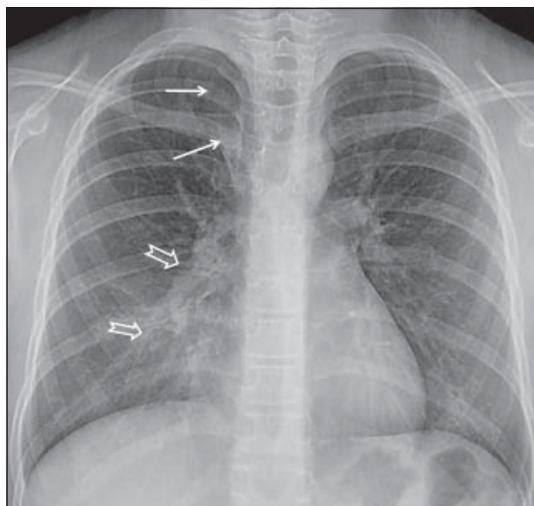


Figura 1a.

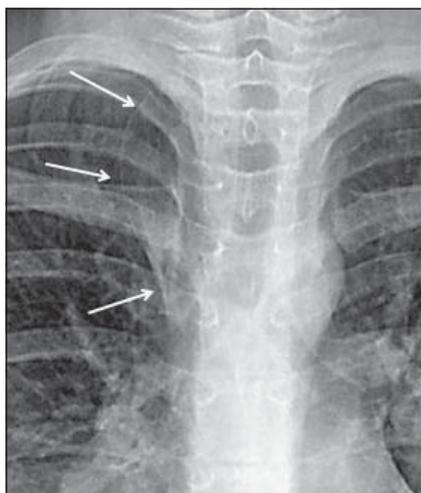


Figura 1b.

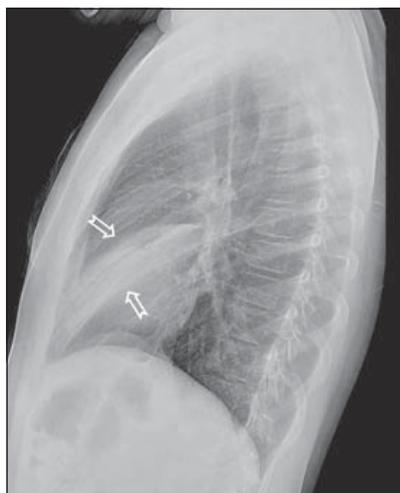


Figura 1c.

¿Qué cree Ud. que representa esta imagen?

* Residente de Radiología. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago.

** Médico Radiólogo. Profesor Titular Departamentos de Radiología y Pediatría, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago.

Hallazgos radiológicos

La imagen lineal del vértice del pulmón derecho (Figura 1) representa una cisura accesoria para un lóbulo de la vena ácigos y corresponde a una variante anatómica normal, sin significado patológico.

Diagnóstico

Cisura accesoria para el lóbulo de la vena ácigos.

Discusión

Las cisuras pulmonares corresponden a invaginaciones de la pleura visceral hacia el parénquima pulmonar y separan en forma completa o incompleta, los lóbulos.

En la mayoría de los individuos, el pulmón derecho tiene tres lóbulos, el superior, el medio y el inferior, los que están a su vez delimitados por las cisuras mayor y menor.

En el pulmón izquierdo existen sólo dos lóbulos, el inferior y el superior, los que están separados por una cisura interlobar o interlobular mayor única.

En la Rx de tórax, las cisuras mayores se pueden visualizar con frecuencia en los pacientes adultos, en especial en la proyección lateral, donde presentan una disposición oblicua desde posterior a anterior y desde superior a inferior¹. La cisura mayor izquierda se origina discretamente más apical que la derecha y muestra una disposición más vertical. La cisura menor derecha puede verse tanto en las proyecciones AP como en la lateral¹.

En los niños se visualizan con bastante menos frecuencia, pero pueden destacar en pacientes obesos y en niños con infecciones respiratorias agudas bajas, por engrosamiento del intersticio subpleural, en especial en las infecciones virales.

Las cisuras interlobares actúan como barrera ante la diseminación de infecciones o neoplasias desde un lóbulo a otro y determinan que los márgenes de la lesión sean bien definidos. Pueden ser incompletas, donde puede existir diseminación de un proceso infeccioso hacia el lóbulo adyacente, distribución del aire hacia distal por vías colaterales en caso de una obstrucción bronquial y variaciones en la apariencia de un derrame pleural, en especial en pacientes en posición supina².

Las cisuras mayores son incompletas en 43 a 48% de los individuos y la cisura menor derecha hasta en un 63% de los casos¹⁻⁴.

Como variante normal, pueden existir cisuras

accesorias. Dentro de éstas, la más frecuente es la cisura accesoria inferior derecha, que puede estar presente en alrededor de 10 a 20% de los individuos^{1,3}, separa el segmento basal medial del resto de los segmentos basales del lóbulo inferior derecho y es frecuentemente incompleta.

La cisura accesoria para el lóbulo de la vena ácigos se presenta en 0,2 a 1,2% de los individuos²⁻⁵ y ha sido mencionada por distintos anatomistas, al menos desde 1869⁵. Está compuesta por cuatro capas pleurales, dos viscerales y dos parietales y representa la invaginación de la pleura apical derecha por el trayecto de la vena ácigos (“meso-ácigos”), desde la región paravertebral hasta el ángulo tráqueo-bronquial derecho y de esta manera, delimita el lóbulo ácigos, que se sitúa medial al lóbulo superior y superior al hilio del pulmón derecho^{2,5}. Con mayor frecuencia recibe ramificación bronquial de las ramas anterior y apical del bronquio para el segmento apical del lóbulo superior derecho².

En la Rx AP de tórax, aparece como una línea vertical fina, convexa, que se extiende desde el ápice pulmonar derecho, lateral a C7 y cursa lateral al mediastino, para terminar justo por debajo del nivel del cartílago costal de la primera costilla, a lo largo de la cara lateral de T4 o T5, en forma de “lágrima” o de “coma”, por el curso de la vena ácigos (Figura 1)^{1,3}. Esto puede ser mejor demostrado en imágenes de tomografía computarizada de tórax (Figura 2)⁴.

Con menor frecuencia, esta línea está más cerca o más alejada del mediastino y la imagen “en coma” puede proyectarse en posición más baja, hasta el nivel del cartílago costal de la segunda costilla¹⁻³. Normalmente, esta cisura es difícil de identificar en la Rx lateral de tórax.

Otras cisuras accesorias son mucho menos frecuentes⁴. La cisura accesoria superior izquierda,



Figura 2. Corte transversal del vértice del tórax en una tomografía computarizada de un niño de 3 años de edad muestra una cisura para el lóbulo ácigos cursando alrededor de la vena ácigos (flechas).

separa el segmento superior de los segmentos basales del lóbulo inferior. La cisura accesoria superior derecha se distingue de la cisura menor en la Rx lateral, porque se extiende hacia posterior desde la cisura mayor. La cisura menor izquierda es muy infrecuente y separa el segmento lingular del resto del lóbulo superior izquierdo.

Bibliografía

- 1.- CÁCERES J, MATA J M, ANDREU J. The azygos lobe: normal variants that may simulate disease. *Eur J Radiol* 1998; 27: 15-20.
- 2.- ARAKAWA T, TERASHIMA T, MIKI A. A human case of an azygos lobe. Determining an anatomical basis for its therapeutic postural drainage. *Clin Anatomy* 2008; 21: 524-30.
- 3.- MATHER J H, COOPER R. The accessory lobe of the azygos vein. *Br J Radiol* 1928; 1: 481-5.
- 4.- AZIZ A, ASHIZAWA K, NAGAOKI K, HAYASHI K. High resolution CT anatomy of the pulmonary fissures. *J Thoracic Imaging* 2004; 19: 186-91.
- 5.- HOLTBY J R D. A pleural fold containing the vena azygos. *J Anat Physiol* 1915; 49: 236-9.

Correspondencia a:
Dr. Cristián García B.
Departamento de Radiología. Facultad de Medicina,
Pontificia Universidad Católica de Chile.
Marcoleta 367, Santiago.
E-mail: cgarcia@med.puc.cl