

NOTA RADIOLÓGICA

Caso Radiológico Adultos

EDUARDO SABBAGH P.*

Paciente de sexo femenino de 56 años, sin antecedentes clínicos previos, que consulta por cuadro de tos crónica exacerbada en el último mes, con

algunos episodios de expectoración hemoptoica.

Las imágenes del estudio radiológico de esta paciente que se presentan en las Figuras 1, 2, 3 y 4.

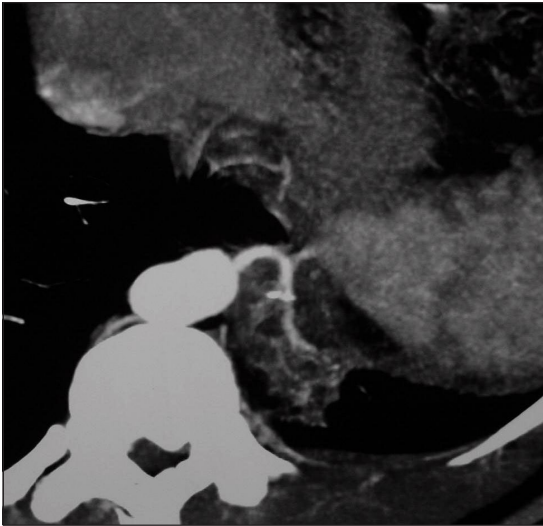


Figura 1. Corte axial de tomografía axial computada (TAC).



Figura 2. Reconstrucción de MIP coronal (MIP: Proyección tridimensional de máxima intensidad).

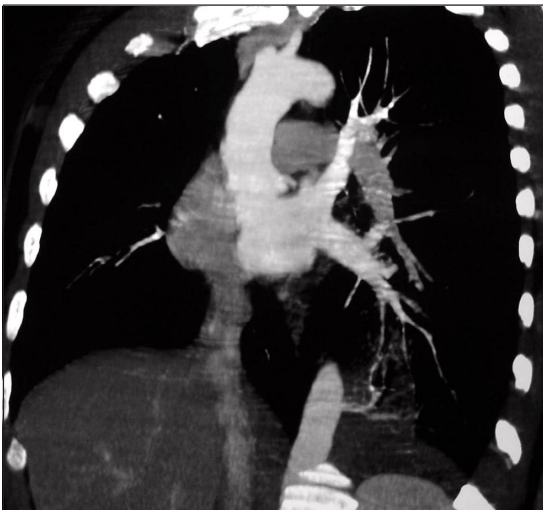


Figura 3. Reconstrucción de MIP oblicua.

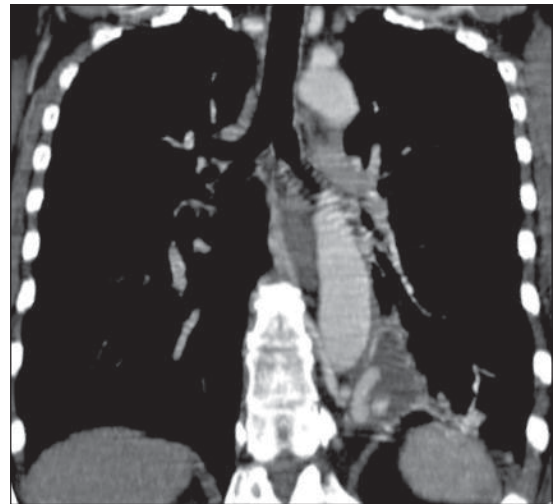


Figura 4. Reconstrucción de MIP coronal.

¿Puede hacer precisiones anatómicas?

¿Cuál es su diagnóstico?

* Servicio de Radiología, Instituto Nacional del Tórax.

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS

La imagen de la Figura 1 corresponde a un corte axial de tomografía computada, en el que se demuestra una ocupación del segmento basal posterior del lóbulo inferior izquierdo por parénquima denso, al cual se dirige una estructura vascular proveniente de la aorta descendente, impregnada intensamente con medio de contraste.

La imagen de la Figura 2, corresponde a una reconstrucción de MIP (proyección tridimensional de máxima intensidad) coronal, donde se aprecia la arteria aferente proveniente de la aorta descendente, pero además hay una segunda arteria aferente que proviene de la arteria pulmonar.

La imagen de la Figura 3, representa la reconstrucción de MIP oblicua, muestra como hay un vaso eferente (vena), que se dirige al tronco venoso basal hacia la aurícula izquierda.

La imagen de la Figura 4, representa la reconstrucción de MIP coronal, demuestra un segundo tronco venoso eferente que se dirige hacia el mediastino cruzando la columna vertebral hacia la vena ácigos.

COMENTARIO

Las imágenes (Figuras 1 a 4) demuestran que este caso corresponde a un secuestro pulmonar intralobar. Lo más interesante es cómo este parénquima malformado tiene un aporte arterial sistémico proveniente de la aorta descendente, lo que le da el sello de secuestro pulmonar y otro aporte arterial proveniente de arterias pulmonares. Además sus drenajes venosos van también a territorios distintos, como al sistema venoso pulmonar a través de la vena basal y al sistémico a través de la ácigos, la cual es mediatínica y además contralateral.

El secuestro intralobar es el más frecuente, constituyendo aproximadamente el 75% de los casos de secuestros pulmonares, con su característico afluyente arterial desde la aorta. En el 95% de los casos, el drenaje venoso es hacia las venas pulmonares, produciendo un cortocircuito o "shunt" de izquierda a izquierda. Solo en el 5% de los casos el drenaje es hacia la vena cava inferior o hacia la vena ácigos.

El secuestro pulmonar extralobar corresponde al 25% restante. Generalmente está asociado a otras alteraciones congénitas, como eventración o parálisis del hemidiafragma, por esto su diagnóstico suele ser realizado en la infancia. Al igual que el secuestro intralobar, también su afluyente arterial proviene de la aorta o sus ramas, aunque estas ramas vasculares suelen ser múltiples y pequeñas. A diferencia del secuestro intralobar, su drenaje venoso suele ser hacia el sistema venoso sistémico (como vena cava, ácigos, hemiacigos y sistema portal), produciendo así un cortocircuito o "shunt" de izquierda a derecha.

La paciente estudiada, es por tanto atípica, presentando doble aporte arterial, tanto sistémico desde la aorta como desde la arteria pulmonar desde sus ramas basales. Además tiene doble drenaje venoso, también pulmonar a la vena pulmonar basal y sistémico a la vena ácigos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- MULLER N, FRASER R, COLMAN N, PARE P. Radiologic Diagnosis of Diseases of the Chest. W B Saunders. Philadelphia, 2001.
- 2.- NAIDICH D P, WEBB W R, MULLER N L. Computed Tomography and Magnetic Resonance of the Thorax. Philadelphia, Lippincott-Raven, 1999.