



## P-093 - 'TODO TUMOR ES UNA MASA, PERO NO TODA MASA ES UN TUMOR'. SECUESTRO PULMONAR

F. Cabezudo Moreno, E. Díaz García, M.B. Esteban Rojas, J.C. Batalla Garlito, N. Quevedo Saldaña y M. González Manso

CS Zona Centro.

### Resumen

**Descripción del caso:** Se trata de una paciente, mujer de 67 años, con AP de bronquiectasias, fibrilación auricular paroxística no anticoagulada ni antiagregada, insuficiencia aórtica y mitral ligeras y osteoporosis, que acude a consulta de Atención Primaria por cuadro catarral, con tos y expectoración oscura y purulenta. En la exploración física sólo destaca la presencia de roncus aislados en ambos campos pulmonares. Inicia tratamiento con levofloxacino y mucolítico. Solicitamos analítica, radiografía de tórax y TC tórax. En TC se diagnostica de secuestro pulmonar intralobar con drenaje pulmonar y aporte arterial sistémico de ramas de aorta abdominal. Por lo tanto, se deriva a la paciente a Neumología, donde se le realiza espirometría y broncofibroscopia, con resultados dentro de la normalidad. Presentan el caso clínico en sesión médico-quirúrgica, y se decide remitir a la paciente a Cirugía Torácica con indicación de lobectomía inferior derecha. Se realiza resección pulmonar con estudio anátomo-patológico de la muestra, obteniendo resultados dentro de la normalidad. Actualmente, la paciente se encuentra asintomática.

**Exploración y pruebas complementarias:** En la exploración física sólo destaca presencia de roncus aislados en ambos campos pulmonares. AC rítmica sin soplos. FC 79 lpm; SatO<sub>2</sub> 97%. Solicitamos analítica, radiografía de tórax y TC tórax. En resultados analítica, valores dentro de la normalidad. En TC tórax se localiza a nivel basal de LID una masa de 50 × 36 mm con características quísticas y contenido líquido. Adyacente, pequeña área condensativa pulmonar. Dicha masa presenta estructuras vasculares internas. Estos hallazgos sugieren como posibilidad diagnóstica un secuestro pulmonar intralobar con drenaje pulmonar y aporte arterial sistémico de ramas de aorta abdominal. Derivamos a la paciente a neumología. En consulta de neumología, espirometría con FVC 106%; FEV<sub>1</sub> 99%; FEV<sub>1</sub>/FVC 77%, DLCO/VA 92%. En broncofibroscopia: normalidad endobronquial, citología BAS negativa para malignidad, microbiología BAS con cultivo bacteriológico negativo. Micobacterias negativo. En este caso, las pruebas necesarias para llevar a cabo el diagnóstico estaban al alcance de Atención Primaria.

**Juicio clínico:** Secuestro pulmonar intralobar.

**Diagnóstico diferencial:** Quistes broncogénicos, carcinoma cavitado, adenoma bronquial, metástasis pulmonar, infarto pulmonar, bronquiectasias quísticas, nocardiosis, actinomicosis, atelectasias lobulares, neumonía necrosante, absceso pulmonar...

**Comentario final:** A pesar de que el tratamiento definitivo y erradicador de la patología que afectaba a la paciente se realizó en Atención Especializada, fue muy importante llevar a cabo desde Atención Primaria una buena anamnesis, con un uso coherente y orientado de las pruebas complementarias para llegar al diagnóstico final.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Vázquez Sánchez V, Pascual Pérez S, Lorenzo Dorta C, et al. Secuestro pulmonar en radiografía simple de tórax. Cuándo sospecharlo y por qué. Revista Semergen. 2015;41(5).
2. Lacy FB, Fibla JJ, Hernández J, Molins L. Secuestro pulmonar intralobar. Revista Cirugía Española. 2015;93(7).