

SECUESTRO PULMONAR EXTRALOBAR SUBDIAFRAGMÁTICO. DIAGNÓSTICO PRENATAL

Cortés Biedma, S.; Canto Rivera, MJ.; Del Real Xambrot, G; Palau Capdevila, J.; Ojeda Pérez, F.

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital General de Granollers, Barcelona.

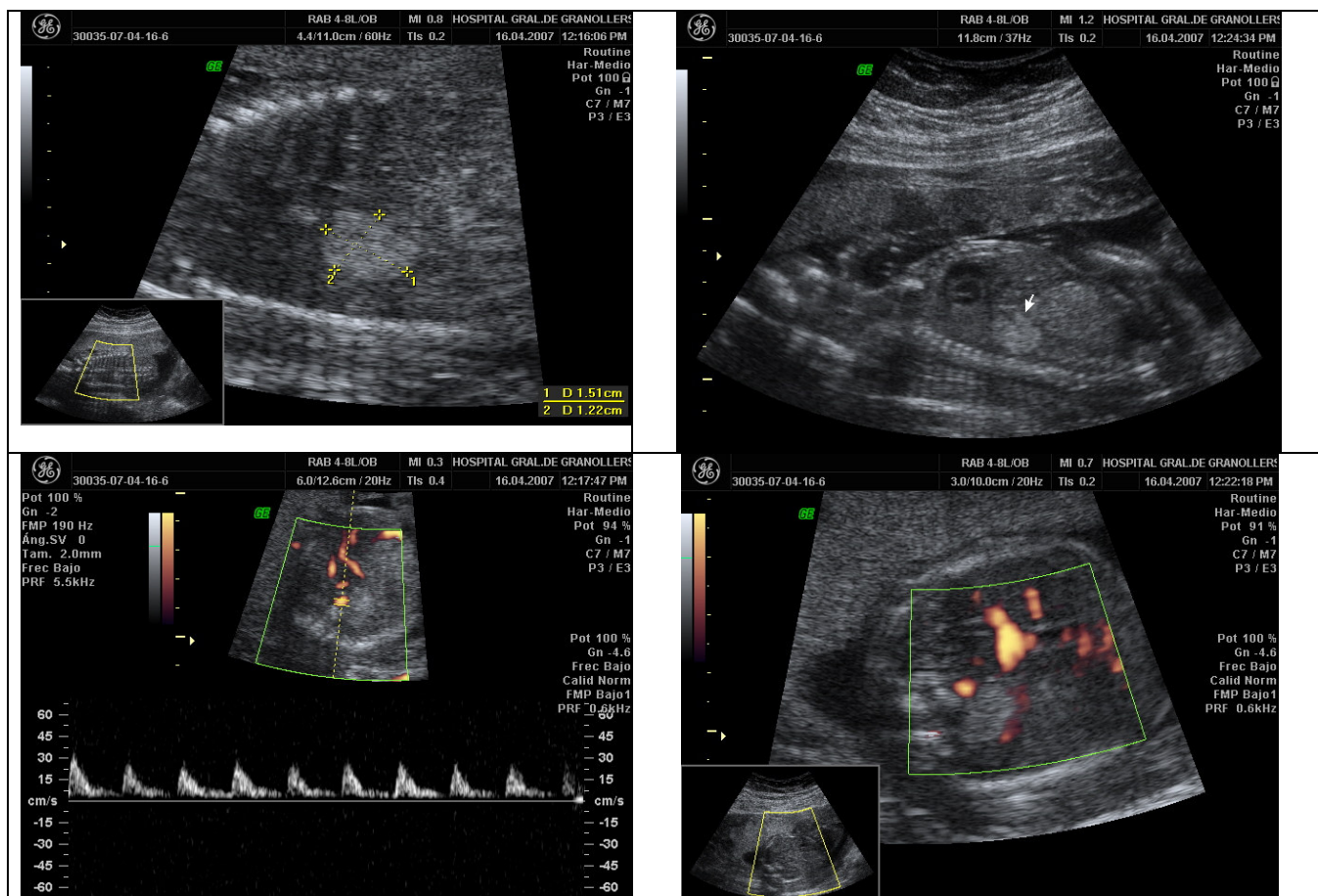
Objetivo:

Establecer los hallazgos ecográficos, diagnóstico diferencial y manejo prenatal del secuestro pulmonar extralobar subdiafragmático.

PACIENTE Y MÉTODOS:

Paciente de 34 años con control gestacional dentro de la normalidad y que presenta como dato a destacar una diabetes gestacional no insulinizada, con controles glicémicos correctos, en la que en la ecografía de segundo trimestre se observa una imagen refringente de 15 x 12 mm. a nivel intraabdominal y subdiafragmático izquierdo, por detrás del estómago, con imágenes quísticas en su interior (fig.1 y 2). En el examen doppler se aprecia que recibe un vaso con flujo arterial procedente de la aorta (fig.3 y 4).

La localización de la imagen, las características ecográficas y el momento en que se descubre la anomalía hacen sospechar que nos encontramos ante un secuestro pulmonar extralobar subdiafragmático:



RESULTADOS

La paciente es sometida a un seguimiento ecográfico cada 3-4 semanas, en el cuál no se evidencia crecimiento de la tumoración ni signos de hidrops y se va apreciando un crecimiento fetal correcto.

Se realiza un estudio de cariotipo del feto obteniéndose un resultado normal 46 XY.

Se procede a inducción a las 41 SG, que acaba en una cesárea por parto estacionado obteniéndose un RN varón de 3800g. de peso y Apgar 9/10/10. Ecografía postnatal y TAC con contraste a las 4 semanas de vida confirman el diagnóstico de secuestro pulmonar extralobar subdiafragmático.

En el periodo postnatal el RN se mantiene asintomático y se realiza conducta expectante con pruebas de imagen de control.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

El secuestro pulmonar extralobar subdiafragmático corresponde al 10-15% de los secuestros pulmonares. Es una malformación congénita definida por la presencia de tejido pulmonar con pleura propia y desconectado del árbol bronquial, situado por debajo del diafragma e irrigado por una arteria sistémica, normalmente la aorta abdominal. Es un patología que no suele asociar anomalías cromosómicas y que puede ir asociada a otras malformaciones como pueden ser anomalías vertebrales, cardíacas, malformación adematoidea quística, etc. Ecográficamente aparece como una masa hiperecogénica en el abdomen fetal habitualmente localizada en el lado izquierdo.

El diagnóstico diferencial prenatal debe realizarse con patologías como el neuroblastoma, el teratoma retroperitoneal o la duplicación intestinal. Entre todas estas DD el más importante es con el neuroblastoma.

El neuroblastoma normalmente encontramos una masa que en ocasiones puede ser quística y en otras ecogénica. El neuroblastoma suele estar a la derecha del feto (a diferencia del secuestro pulmonar subdiafragmático). Por último, otra característica que las diferencia es que el neuroblastoma suele verse en la ecografía de 3º trimestre (habiendo sido la ecografía de 2º trimestre normal) mientras que el secuestro es visible mucho antes diagnosticándose casi siempre en la ecografía de 2º trimestre.

El Doppler color ayuda al diagnóstico al identificar el flujo vascular que irriga a la masa que en el caso del secuestro pulmonar suele proceder de la aorta abdominal.

El pronóstico de esta patología normalmente es bueno pero dependerá de las anomalías asociadas y de la posible aparición neonatal de complicaciones, como pueden ser el hidrops o polihidramnios por compresión abdominal, entre otros.

La actitud expectante neonatal está muy recomendada siempre y cuando el crecimiento fetal sea correcto durante el seguimiento y no aparezcan ninguna de las complicaciones anteriormente citadas.