

Presentación de caso

Hospital Pediátrico Provincial Docente Jose Martí Pérez. Sancti Spiritus

Lóbulo ácigos. Presentación de un caso en pediatría.

Azygous lobe. Presentation of a case in pediatrics.

Dra. Blanca Rodríguez Borrego¹, Dra. Vivian Torres Gorrín², Dra. Diana Velozo Ramírez², Dra. Tania L. Hernández Palacios², Dr. Rolando V. Castillo Bandomo²

Especialista de 1^{er} grado en Radiología. Profesor Instructor¹
Especialista de 1^{er} grado en Pediatría. Profesor Instructor²

RESUMEN

El lóbulo ácigos es una rara anomalía del pulmón pero su apariencia radiológica ha sido bien definida. La combinación de la pleura a lo largo de la fisura junto con la vena ácigos da lugar a una imagen parecida a una coma en posición invertida. Clínicamente el lóbulo ácigos se ha aceptado como una variación normal que puede simular varias enfermedades así que la detección de esta anomalía y la clasificación de sus características anatómicas son importantes no solo para diferenciarla de otras condiciones patológicas, sino también para alertar al cirujano de problemas potenciales durante la cirugía. Presentamos el caso de una lactante con diagnóstico inicial de neumonía de lóbulo superior derecho, que posteriormente se diagnostica la presencia de un lóbulo accesorio (lóbulo ácigos).

DeCS: PULMÓN / anomalías

SUMMARY

The azygous lobe is a strange anomaly of the lung but its radiological appearance has been well defined. The combination of the pleura along the fissure together with the azygous vein gives rise to an image similar to a comma in inverted position. Clinically, the azygous lobe has been accepted as a normal variation that can simulate several illnesses, so detecting this anomaly and classifying its anatomical characteristics are important not only to differentiate it from other pathological conditions, but also to warn the surgeon of potential problems during surgery. We present the case of a female nursing with an initial diagnosis of pneumonia of the upper right lobe, but later on the presence of an accessory lobe is diagnosed (azygous lobe).

MeSH: LUNG / abnormalities

INTRODUCCIÓN

En las primeras fases de la vida fetal la vena ácigos se encuentra a nivel del vértice del lóbulo superior derecho por fuera del mediastino. En el transcurso del desarrollo, esta vena se desplaza normalmente hacia la parte central del mediastino y a nivel de la columna vertebral. Cuando este desplazamiento central no ocurre, la vena ácigos queda en el interior del lóbulo superior derecho en crecimiento, el cual se expande hacia arriba, rodeando y superando la vena ectópica y dejando una profunda fisura pulmonar que contiene la vena ácigos por su extremo inferior. Debido a la circunstancia de ser esta vena inicialmente extrapleurales, tanto la capa parietal como la visceral de la pleura son arrastradas al interior de la fisura a la que recubren por ambas caras. El árbol bronquial no sufre alteraciones (1,2).

La primera mención de la existencia de un lóbulo accesorio en el ápice pulmonar derecho fue realizada por Wrisberg por estudios anatómicos en 1778, por lo que a esta estructura también se le ha denominado ocasionalmente lobus Wrisberg. En 1928, Bendick y Wessler describieron una serie de 50 casos con esta condición durante un período de 15 años, donde la presencia de un lóbulo ácigos se demostró en dos casos por autopsia (3). Crane fue el primero en describir el signo de la coma invertida pero no lo asoció con la vena ácigos. En 1931, Ottonello reconoce la coma invertida como el arco de la vena ácigos (2).

El lóbulo ácigos es una rara anomalía del pulmón (3, 4,5) pero su apariencia radiológica ha sido bien definida. (3)

En las radiografías la fisura del ácigos resulta visible por el hecho de poseer un recubrimiento pleural consistente en 4 capas, las cuales se reparten 2 a cada lado; la parietal está por dentro de la visceral. La sombra curvilínea pleural es convexa por fuera y desciende oblicuamente hacia abajo y hacia adentro dirigiéndose al hilio; en la extremidad inferior de la fisura, la vena ácigos proyecta una imagen de pequeño tamaño y forma circular u ovalada. La combinación de la pleura a lo largo de la fisura junto con la vena da lugar a una imagen parecida a una coma en posición invertida. (1,2)

El lóbulo ácigos en varias series se ha encontrado con una frecuencia entre 0,4 y 1%. (1, 3, 5,6) Ariyurek (7) y Aziz (8) en estudios de las fisuras pulmonares por medio de tomografías computarizadas encontraron la fisura del ácigos en el 0,5% y 1,2%, respectivamente.

Clínicamente el lóbulo ácigos se ha aceptado como una variación normal que puede simular varias enfermedades, así que la detección de esta anomalía y la clasificación de sus características anatómicas son importantes no solo para diferenciar esta anomalía de otras condiciones patológicas (tiroides subesternal, timo aumentado de tamaño, bandas pleurales, bronquiectasia anular del ápice, cavidades o un neumotórax espontáneo circunscrito)(3), sino también para alertar al cirujano de problemas potenciales durante la cirugía. (4)

Esta anomalía ha tomado una mayor importancia en pacientes que se les realiza simpatectomía endoscópica torácica para tratar la hiperhidrosis palmar por los riesgos que acarrea. (5, 6,8) Además del sangramiento, que ha llevado a cancelar casos por temor a su ocurrencia y posible toracotomía (10), existe el riesgo de torsión pulmonar (4,5) y la encarceración del lóbulo ácigos durante el proceder. (4)

PRESENTACIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de una lactante con diagnóstico inicial de neumonía de lóbulo superior derecho, que posteriormente se diagnosticó la presencia de un lóbulo accesorio (lóbulo ácigos).

Se trata de una lactante de 1 mes de edad, nacida de parto distócico por cesárea, a término, con un puntaje de Apgar 8-9 y peso de 4200 grs. al nacimiento. Es llevada a cuerpo de guardia porque tuvo un evento de cianosis y tos mientras tomaba la leche además de secreción nasal blanquecina. Se le realizó una radiografía postero-anterior (PA) de tórax (Fig. 1) que mostró una pequeña radiopacidad en el lóbulo superior derecho, que se interpretó como una neumonía, y se trató con Penicilina y Gentamicina durante siete días.

Tuvo una evolución clínica satisfactoria, pero al realizarle radiografía evolutiva se constató que la imagen antes mencionada persistía. Se decidió entonces realizar una radiografía contrastada de esófago donde se definió una imagen radiopaca en forma de "coma invertida" (Fig. 2) que dividía el vértice del lóbulo superior derecho originando un lóbulo accesorio, que en este caso aparecía como un aumento de la radio transparencia en comparación con el resto del parénquima pulmonar, diagnosticándose la presencia de un lóbulo ácigos en el pulmón derecho.

CONCLUSIONES

El lóbulo ácigos es una entidad rara que, desde el punto de vista clínico, su significación está dada por el riesgo potencial en procedimientos quirúrgicos y que radiológicamente se realicen diagnósticos erróneos de otras patologías, como ocurrió en el caso que presentamos. En la literatura consultada no encontramos reportes en los que la neumonía fuera un diagnóstico diferencial del lóbulo ácigos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Caffey J. Diagnóstico radiológico en Pediatría. 2da Edición. Tomo I. Salvat; 1980. p.315-16.
2. Armen RN, Morrow CS. The Abnormally Situated Azygos Vein: X-Ray Demonstration of its Distention in Congestive Failure and in Various Positions. *Circulation*. 1956; 14:1079-83.
3. Shannon EH. The azygos lobe of the lung. *Can Med Assoc J*. 1931 Apr; 24(4): 498-500.
4. Çimen M, Erdil H, Karatepe T. A cadaver with azygos lobe and its clinical significance. *Anatomical Science International*. 2005; 80 (4): 235-37.
5. El-Dawlatly A, Al-Dohayan A. The Azygos Lobe: Anesthetic Considerations. *The Internet Journal of Anesthesiology*. 2006; 11 (1).
6. Reisfeld R. Azygos lobe in endoscopic thoracic sympathectomy for hyperhidrosis. *Journal Surgical Endoscopy*. 2005 July; 19 (7): 964-66.
7. Ariyurek OM, Gulsun M, Demirkazik FB. Accessory fissures of the lung: evaluation by high-resolution computed tomography. *Eur Radiol*. 2001;11(12):2449-53. Epub 2001 May 19.
8. Aziz A, Ashizawa K, Nagaoki K, Hayashi K. High resolution CT anatomy of the pulmonary fissures. *Thorac Imaging*. 2004 Jul; 19(3):186-91.
9. Asai K, Urabe N, Takeichi H. Spontaneous pneumothorax and a coexistent azygos lobe. *Jpn J Thorac Cardiovasc Surg*. 2005 Nov; 53(11):604-6.
10. Moon S.W, Yoon J.S, Jo K.H, Wang Y.P and Park H.J. Thoracoscopic sympathetic clamping in a patient with an azygos fissure. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2005; 15:110-11.

ANEXOS



Fig 1. Radiografía al ingreso donde se diagnosticó neumonía de lóbulo superior derecho.

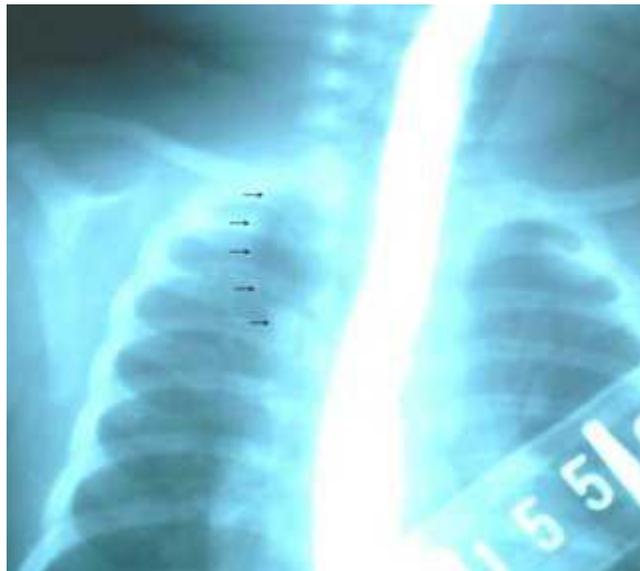


Fig 2. Imagen radiopaca en forma de “coma invertida” (flechas) que divide el vértice del lóbulo superior derecho originando un lóbulo accesorio, que en este caso aparece con aumento de la radiotransparencia en comparación con el resto del parénquima pulmonar.