

primer caso de nódulo tiroideo³ en sendas publicaciones a través de EBUS-FNA. Por lo tanto, la EBUS-FNA tiene un papel diagnóstico en la enfermedad mediastínica no exclusivamente adenopática evitando procedimientos diagnósticos más invasivos.

Por otro lado, la EBUS-PTB puede ser realizada por el broncoscopista en el mismo acto que la ecografía endobronquial. Así, Turner et al. documentan un caso de tumor esofágico estenosante diagnosticado mediante EUS-FNA⁴. En el paciente reportado por vía esofágica no se pudo acceder de forma adecuada a la lesión debido a su carácter estenosante. Recientemente, Liberman et al. demuestran la utilidad del EBUS-PTB en la estadificación del carcinoma esofágico⁵.

Por lo tanto, EBUS y EUS son técnicas complementarias que permiten el estudio mínimamente invasivo de la enfermedad mediastínica, de ahí la importancia de que exista una colaboración estrecha entre ambas especialidades.

Bibliografía

1. Lourido T, Botana MI, Leiro V, Núñez M, Fernández-Villar A. Diagnóstico de lesiones paratraqueobronquiales no adenopáticas mediante ecobroncoscopia lineal. Arch Bronconeumol. 2013;49:337-9.

2. Anantham D, Phua GC, Low SY, Koh MS. Role of endobronchial ultrasound in the diagnosis of bronchogenic cysts. Diagn Ther Endosc. 2011;2011:468237.
3. Chalhoub M, Harris K. The use of endobronchial ultrasonography with transbronchial needle aspiration to sample a solitary substernal thyroid nodule. Chest. 2010;137:1435-6.
4. Turner BG, Sosa A, Nasser I, Sawhney M. Use of an endobronchial US endoscope in a nearly obstructing esophageal tumor. Gastrointest Endosc. 2012;76:1045-6.
5. Liberman M, Hanna N, Duranceau A, Thiffault V, Ferraro P. Endobronchial ultrasonography added to endoscopic ultrasonography improves staging in esophageal cancer. Ann Thorac Surg. 2013;96:232-6.

Tamara Lourido-Cebreiro, Virginia Leiro-Fernández*
y Alberto Fernández-Villar

Unidad de Técnicas Broncopleurales, Servicio de Neumología,
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI), Vigo,
Pontevedra, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: virginia.leiro.fernandez@sergas.es
(V. Leiro-Fernández).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.09.015>

Atresia congénita unilateral de venas pulmonares en adultos. Descripción de un caso y revisión de la literatura



Unilateral Congenital Atresia in Adults. A Case Report and Review of the Literature

Sr. Director:

La atresia congénita unilateral de venas pulmonares sin otra anomalía cardíaca asociada es una entidad muy rara^{1,2}. Suele presentarse en la infancia o adolescencia como episodios recurrentes

de infección pulmonar o hemoptisis, siendo excepcional en adultos. Hasta la fecha hemos encontrado en la literatura 11 casos (incluyendo el nuestro).

Presentamos el caso de un varón de 43 años, que revisamos en la consulta tras ingreso por neumonía. Entre sus antecedentes personales destaca diabetes tipo 1 y atresia congénita de venas pulmonares derechas diagnosticada en la infancia sin seguimiento posterior. Se trata del tercer episodio en 2 años de neumonía del lóbulo superior derecho. Además refiere hemoptisis de pequeña cuantía de forma diaria y disnea a grandes esfuerzos. A la auscultación observamos disminución del murmullo en todo el hemitórax derecho con una sibilancia persistente audible en plano anterior y axilar.

En la radiografía de tórax se aprecia una resolución de la imagen de condensación junto con disminución del volumen de pulmón derecho con desviación de mediastino hacia ese lado. La TAC realizada se muestra en la figura 1. Se realiza una broncoscopia con los siguientes hallazgos: ausencia de bronquio lobar superior derecho, existiendo en su lugar la salida de 2 bronquios accesorios que no dejan pasar el broncoscopio. Tampoco se aprecia la salida del bronquio apical y paracardiaco del lóbulo inferior derecho. La espirometría revela un patrón restrictivo moderado y el ecocardiograma una estenosis aórtica ligera sin datos de hipertensión pulmonar.

Por último, se realiza una angiografía que confirma todos los hallazgos descritos en la TAC y, además, muestra que parte del sistema de colaterales formadas para nutrir pulmón derecho proviene de una arteria subfrénica inferior (fig. 1).

Tras finalizar el estudio se discute el caso en sesión conjunta con los servicios de cirugía torácica y cirugía vascular decidiendo como opción terapéutica más apropiada la neumectomía.

La atresia unilateral de venas pulmonares se produce por el fallo en la incorporación de la vena pulmonar común a la aurícula izquierda. Hasta en un 50% de las ocasiones se asocia a otras anomalías cardíacas sin que exista preferencia por el pulmón derecho o izquierdo^{1,2}.

El espectro clínico va desde pacientes asintomáticos³ hasta el desarrollo de una hipertensión pulmonar² y la muerte. El diagnóstico de confirmación se realiza mediante una angiografía pulmonar. Aunque en la actualidad, técnicas como la TAC o la resonancia

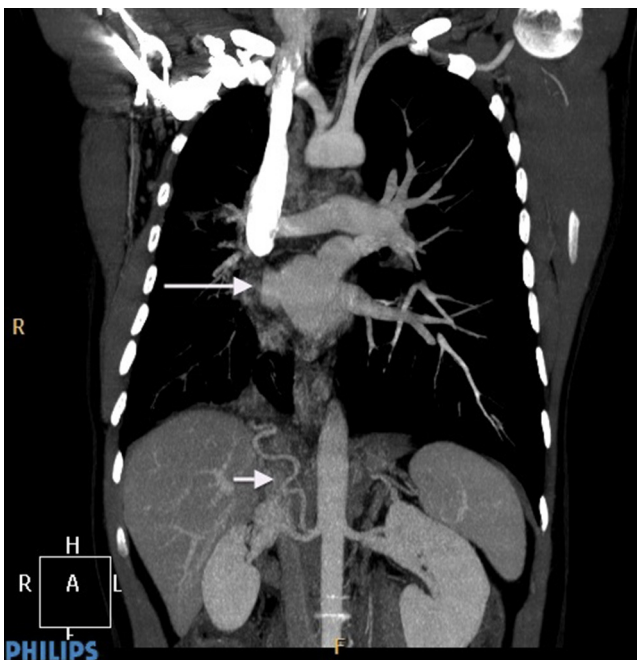


Figura 1. La TAC muestra ausencia de venas pulmonares derechas desembocando en aurícula izquierda, así como la arteria subfrénica inferior con origen en la arteria renal derecha.

magnética junto con una clínica compatible podrían ser suficientes para realizar el diagnóstico⁴.

Las opciones terapéuticas que se contemplan en la literatura son 3. La neumectomía ha demostrado el control de los síntomas, así como la prevención de la hipertensión pulmonar^{1,5}. Otra opción terapéutica menos agresiva sería la embolización de la bobina de colaterales arteriales sistémicas. En el artículo de Heyneman et al.², este procedimiento controla la hemoptisis en uno de los pacientes que quedó asintomático tras efectuarlo. Y la tercera opción, en casos de pacientes asintomáticos o paucisintomáticos, sería el seguimiento, haciendo especial hincapié en detectar de forma precoz el desarrollo de la hipertensión pulmonar.

Bibliografía

1. Pourmoghadam KK, Moore JW, Khan M, Geary EM, Madan N, Wolfson BJ, et al. Congenital unilateral pulmonary venous atresia: Definitive diagnosis and treatment. *Pediatr Cardiol.* 2003;24:73-9.

- Heyneman LE, Nolan RL, Harrison JK, McAdams HP. Congenital unilateral pulmonary vein atresia: Radiologic findings in three adult patients. *Am J Roentgenol.* 2001;177:681-5.
- Kim Y, Yoo IR, Ahn MI, Han DH. Asymptomatic adults with isolated, unilateral right pulmonary vein atresia: Multidetector CT findings. *Br J Radiol.* 2011;84:109-13.
- Artero Muñoz I, Serrano Puche F, Padín Marín MI, Serrano Ramos F. Congenital unilateral pulmonary vein atresia: imaging findings. *Radiología.* 2008;50:82-5 [Article in Spanish].
- Swischuk LE, L'Heureux P. Unilateral pulmonary vein atresia. *Am J Roentgenol.* 1980;135:667-72.

Juan Santos-Morano^{a,*}, Silvia Rodríguez-Hernández^b
y Jesica Ivana Hilaes-Vera^a

^a Servicio de Neumología, Hospital de Valme, Sevilla, España

^b Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, Hospital de Valme, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juansan81@hotmail.com (J. Santos-Morano).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.10.002>

Atresia aislada unilateral de venas pulmonares en el adulto



Isolated Unilateral Pulmonary Vein Atesia in Adults

Sr. Director:

Presentamos el caso de una mujer de 19 años, fumadora de 8 paquetes-año, y consumidora habitual de *cannabis*, con antecedentes de bronquitis grave en la infancia e infecciones respiratorias frecuentes. Consultó por episodios de tos con expectoración hemoptoica desde los 15 años, que al principio eran esporádicos, pero que en los últimos meses se habían hecho más frecuentes, ocurriendo a veces cada 48 h. A la exploración destacaba la disminución del murmullo vesicular en hemitórax derecho y la presencia de acropaquias. La radiografía de tórax mostró pérdida de volumen de pulmón derecho y atenuación del hilio derecho. En la tomografía computarizada (TC) no se identificaron venas pulmonares derechas y el pulmón afecto presentaba un aumento difuso de su densidad. El estudio de resonancia magnética (RM) cardiaca descartó la existencia de cardiopatías asociadas, y la ecocardiografía, la presencia de hipertensión pulmonar. Se realizó arteriografía pulmonar (fig. 1A y

B) en la que se apreció hipoplasia de la arteria pulmonar derecha y ausencia de retorno venoso pulmonar derecho. La arteriografía de aorta torácica (fig. 1C) evidenció hipertrofia de arteria bronquial derecha con origen en aorta descendente. Las pruebas de función pulmonar fueron: FEV1: 2.040 (75,5%), FVC: 2.800 (90,1%) y DLCOc SB: 69,3%. En la fibrobroncoscopia se apreciaron varices en tráquea distal e inicio del bronquio principal derecho. Considerando los hallazgos previos, se optó por el tratamiento quirúrgico de la paciente. Fue sometida a neumonectomía derecha. El postoperatorio inmediato transcurrió sin incidencias y la paciente se encuentra asintomática en el momento actual.

La atresia unilateral de venas pulmonares es una condición rara que asocia malformaciones congénitas cardiacas en el 32% de los casos¹. El diagnóstico suele realizarse en la infancia y, no tratado, puede alcanzar índices de mortalidad del 50%². Las infecciones pulmonares recurrentes y la disnea de esfuerzo son las manifestaciones más frecuentes de la atresia que, en ocasiones, puede cursar con hemoptisis, relacionada con la rotura de varices bronquiales, por lo que los hallazgos broncoscópicos pueden ser de interés ante la sospecha del cuadro. La TC y la RM son herramientas diagnósticas útiles, aunque el diagnóstico definitivo lo aporta la arteriografía pulmonar. La arteriografía de aorta torácica y selectiva

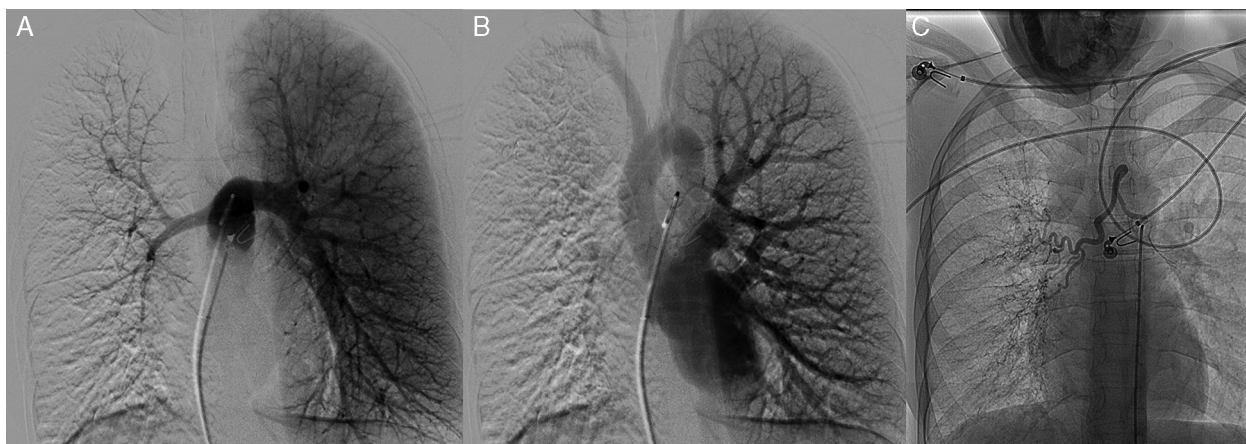


Figura 1. Arteriografía pulmonar en la que se aprecia hipoplasia de arteria pulmonar derecha que aporta escasa perfusión y, prácticamente, solo para el lóbulo superior (A), en la que no se evidencia drenaje venoso derecho (B). Arteriografía de aorta torácica que muestra arteria bronquial irregular y tortuosa con origen en cara anterior y superior de aorta torácica descendente (C).