

magnética junto con una clínica compatible podrían ser suficientes para realizar el diagnóstico<sup>4</sup>.

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<sup>1,5</sup>. Otra opción terapéutica menos agresiva sería la embolización de la bobina de colaterales arteriales sistémicas. En el artículo de Heyneman et al.<sup>2</sup>, 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<sup>a,\*</sup>, Silvia Rodríguez-Hernández<sup>b</sup>  
y Jesica Ivana Hilaes-Vera<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Neumología, Hospital de Valme, Sevilla, España

<sup>b</sup> Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, Hospital de Valme, Sevilla, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [juansan81@hotmail.com](mailto: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



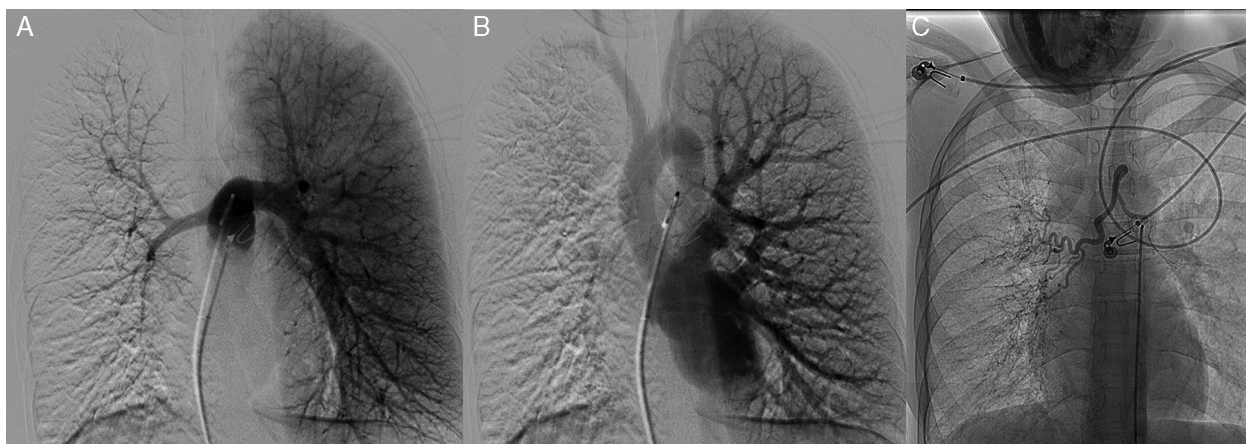
### Isolated Unilateral Pulmonary Vein Atesia in Adults

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 casos<sup>1</sup>. El diagnóstico suele realizarse en la infancia y, no tratado, puede alcanzar índices de mortalidad del 50%<sup>2</sup>. 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).

de arterias bronquiales permite identificar el origen y distribución anatómica de ramas colaterales. La neumonectomía se considera el tratamiento de elección en casos que cursen con hipertensión pulmonar, infecciones recurrentes o hemoptisis significativa. Esta eliminaría el foco de las infecciones, el *shunt* izquierda derecha y el espacio muerto que contribuye a la intolerancia al ejercicio<sup>3</sup>. La cirugía reparadora podría considerarse en casos detectados en edad temprana. La embolización de la arteria bronquial ha sido descrita en un paciente adulto cuyo único síntoma era la hemoptisis<sup>4</sup>. El tratamiento conservador y seguimiento podría ser el manejo de elección en pacientes asintomáticos y sin hipertensión pulmonar<sup>5</sup>. En nuestro caso, la presencia de hemoptisis de repetición, los antecedentes de infecciones respiratorias frecuentes y la prevención de hipertensión pulmonar fueron las razones para optar por la resección del pulmón afecto.

### Financiación

Ninguna.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses relacionado directa o indirectamente con los contenidos del manuscrito.

### 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.
2. Cullen S, Deasy PF, Tempany E, Duff DF. Isolated pulmonary vein atresia. *Br Heart J*. 1990;63:350-4.
3. Beerman LB, Oh KS, Park SC, Freed MD, Sondheimer HM, Fricker FJ, et al. Unilateral pulmonary vein atresia: Clinical and radiographic spectrum. *Pediatr Cardiol*. 1983;4:105-12.
4. 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.
5. Savaş Bozbaş Ş, Varan B, Akçay Ş. Right pulmonary venous atresia: A case report and review of literature. *Tuberk Toraks*. 2012;60:254-7.

M. Teresa Gómez Hernández\*, María Rodríguez Pérez y Marcelo F. Jiménez

*Departamento de Cirugía Torácica, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mteresa.gomez.hernandez@gmail.com](mailto:mteresa.gomez.hernandez@gmail.com)  
(M.T. Gómez Hernández).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.10.004>