



Utilidad de la angiografía por sustracción digital en el diagnóstico del secuestro pulmonar

Sr. Director: El secuestro pulmonar (SP) es una malformación en la que existe una porción de tejido pulmonar separado del resto del pulmón que recibe su irrigación de una o varias arterias sistémicas. Habitualmente el diagnóstico se establece tras la opacificación del vaso anómalo por arteriografía¹. Creemos interesante notificar un caso diagnosticado por angiografía por sustracción digital (DIVAS) sugiriendo que esta técnica puede ser muy útil en el diagnóstico del SP.

Caso: Paciente de 15 años de edad que presentaba el antecedente de haber padecido en dos ocasiones cuadros neumónicos localizados en el lóbulo inferior izquierdo, efectuándose tras el último de ellos un estudio broncoscópico informado como normal. La enferma fue ingresada en nuestro centro dos años después por un cuadro agudo de tos, fiebre elevada y dolor pleurítico en hemitórax izquierdo. La exploración física y la radiografía de tórax a su ingreso fueron compatibles con neumonía basal izquierda. La analítica mostró una velocidad de sedimentación globular de 71 mm en la primera hora y una leucocitosis de $14,1 \times 10$ leucocitos/litro (81 % neutrófilos segmentados, 5 % monocitos y 14 % de linfocitos), siendo el resto normal. Se inició tratamiento con eritromicina siendo el curso clínico satisfactorio con desaparición de la sintomatología que había motivado su ingreso. Desde el punto de vista radiológico, sin embargo, la imagen neumónica evolucionó de modo desfavorable con la aparición de un nivel hidroaéreo. Esta evolución radiológica junto con el hecho de que las neumonías se localizaran siempre en la zona posteroinferior del lóbulo inferior iz-

quierdo hizo sospechar la presencia de un SP. La práctica de una angiografía por sustracción digital (fig. 1) puso de manifiesto la presencia de un vaso anómalo procedente de la aorta abdominal que irrigaba una porción de la base pulmonar izquierda, confirmando la sospecha diagnóstica.

La angiografía por sustracción digital ha demostrado ser útil en el diagnóstico de alteraciones vasculares de diversos tipos²⁻⁵. En la práctica clínica no es infrecuente la situación en que se sospecha el diagnóstico de SP intralobar. La presencia en el adulto de neumonías localizadas de manera repetida en una misma base pulmonar debe hacer pensar en esta posibilidad. El diagnóstico definitivo requiere la práctica de una técnica que demuestre el origen de los vasos de la zona patológica. Hasta hoy, al diagnóstico se llega con la práctica de una arteriografía. En nuestro caso se consiguió el diagnóstico mediante un procedimiento más inocuo como es el DIVAS, hecho no relatado en la literatura revisada. Sugerimos que el DIVAS podría ser útil en el screening de esta entidad. Sin embargo, serán necesarios más estudios para confirmar esta posibilidad y determinar la sensibilidad de la técnica.

A. Román, J. Ferrer, J. Montaña* y R. Orriols

Sección de neumología.
Hospital General Vall d'Hebrón. Barcelona.
* Servicio de Radiología.
Hospital de Bellvitge.
L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

- Gerard FP, Lyons HA. Anomalous artery in intralobar bronchopulmonary sequestration: Report of two cases demonstrated by angiography. *N Engl J Med.* 1958; 259:662.
- Pelz DM et al. Digital subtraction angiography: current clinical applications. *Stroke*; 1985; 16:528-536.
- Reekers JA et al. Digital subtraction angiography and pulmonary vascular anomaly. Two cases report. *Eur J Radiol* 1985; 5:199-201.
- Boxt LM. Intravenous digital subtraction angiography of the thoracic and abdominal aorta. *Cardiovasc Intervent Radiol*; 1983; 205-213.
- Butler D. Intravenous digital subtraction angiography. *Br J Hosp Med*; 1986; 35:30-36.

Función suprarrenal en asmáticos tratados con dosis altas de dipropionato de beclometasona

Sr. Director: En el tratamiento del asma bronquial, los esteroides tienen un papel principal aliviando la reacción tardía pero tienen efectos secundarios importantes, que se han querido disminuir al darlos por vía inhalatoria. En la literatura hay mucha discrepancia sobre la función suprarrenal en los pacientes asmáticos tratados con dosis altas de dipropionato de beclometasona (DPB). Nosotros hemos administrado dosis altas de DPB y hemos estudiado la función suprarrenal de 4 pacientes afectados de asma bronquial intrínseco, que no habían tomado esteroides al menos un mes antes de comenzar el estudio; para ello hemos utilizado un aerosol de DPB que expulsaba 250 µg de dicha sustancia en cada pulsación y se le ha administrado a cada paciente 750 µg diarios de DPB durante una semana, 1.000 µg diarios durante la semana siguiente y 1.250 µg 1.500 µg y 1.750 µg durante semanas sucesivas, determinándole el cortisol urinario antes de comenzar el tratamiento y con cada dosis de DPB. El cortisol urinario se ha determinado durante 2 días consecutivos y se ha valorado su media. Los resultados se expresan en la tabla I; en ella se observa como, con dosis de 750 a 1.000 µg los valores de cortisol urinario van descendiendo progresivamente conforme se va aumentando la dosis de DPB.

En la literatura hay autores como Smith et al^{1,2}, que administrando dosis de 1.500 µg no evidencian supresión suprarrenal en el 91 % de los casos; sin embargo, otros autores como Williams et al³, Ebden et al⁴ hallan supresión suprarrenal con dosis de 1.500 y 1.600 µg y Webb⁵ y Toogood et al⁶, con dosis bajas de 200 a 400 µg ya encuentran supresión suprarrenal.

Aunque nuestro grupo es pequeño, los resultados evidencian que con dosis de 750 a 1.000 µg diarios de DPB ya se presenta una disminución de la función suprarrenal, descenso que se hace más ostensible conforme que aumenta la dosis de DPB.

J.M. Sánchez Varilla, M. Díaz Gálvez, F. Villa Arellano, V. Martínez Puentes y M. Garrido Peralta

Servicios de Neumología y Endocrinología.
Hospital Universitario. Sevilla.

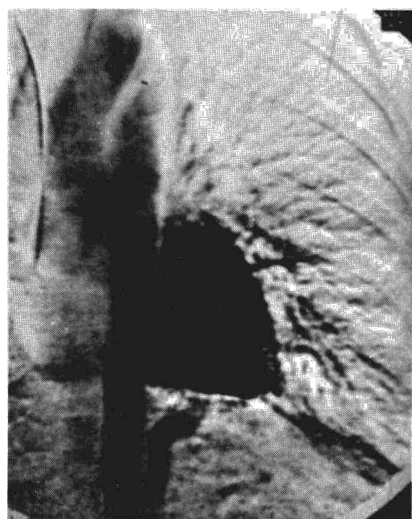


Fig. 1. Utilidad de la angiografía por sustracción digital en el diagnóstico del secuestro pulmonar.

TABLA I
Valores de cortisol urinario expresado en miligramos/día

Pacientes	Dosis DPB en/µg	Basal	750	1.000	1.250	1.500	1.700
1.		69	59	44	14	15	15
2.		61	70	46	12	3	2,5
3.		80	45	31	13	3	2
4.		73	70	14	22	10	7