

REPORTE DE CASO

IMPORTANCIA DE LA ANGIOTOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA MULTICORTE EN EL DIAGNÓSTICO DE SECUESTRO PULMONAR CON DRENAJE VENOSO ANÓMALO PULMONAR PARCIAL

Jorge Mario Piedra-Fernández ^{1,a}, Sheyla del Carmen Reyes-Laserna ^{1,a}
Jorge Luis Hernandez-Galarreta ^{1,b}

FILIACIÓN

¹ Instituto Nacional de Salud del Niño, Lima, Perú

^a Médico cirujano, cardiólogo pediatra

^b Médico cirujano, cirujano cardiovascular y torácico

RESUMEN

Introducción: El secuestro pulmonar es una malformación congénita del sistema respiratorio, principalmente del tracto respiratorio inferior, que se caracteriza por presentar irrigación por una arteria aberrante y no presentar comunicación con el árbol traqueobronquial. **Caso:** Paciente varón de 4 meses con antecedentes de hospitalizaciones previas por infecciones respiratorias, cuyo cuadro actual inicia con fiebre y distrés respiratorio, que no mejora con tratamiento antibiótico, broncodilatadores y soporte ventilatorio. Con ayuda de tomografía y su reconstrucción tridimensional, se confirma secuestro pulmonar. Se observó la presencia de dos arterias aberrantes que se originan del tercio inferior de la aorta descendente torácica que se dirige hacia el lóbulo pulmonar inferior izquierdo y el drenaje venoso pulmonar que se dirige hacia la unión de la vena cava superior con la aurícula derecha. Con el diagnóstico claro, se concluye manejo quirúrgico, que se realizó satisfactoriamente, y el diagnóstico se confirma por patología. **Conclusión:** El secuestro pulmonar intralobar asociado a drenaje anómalo parcial de venas pulmonares es una entidad rara que se trata quirúrgicamente.

Palabras clave: Secuestro Pulmonar, Secuestro Broncopulmonar, Drenaje Venoso Anómalo Pulmonar, Tomografía Computarizada Multicorte. (Fuente: DeCS BIREME).

IMPORTANCE OF MULTISLICE COMPUTED TOMOGRAPHY ANGIOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF PULMONARY SEQUESTRATION WITH PARTIAL ANOMALOUS PULMONARY VENOUS DRAINAGE

ABSTRACT

Introduction: Pulmonary sequestration is a congenital malformation of the respiratory system—mainly involving the lower respiratory tract—characterized by an aberrant arterial blood supply and a lack of communication with the tracheobronchial tree. **Case:** A 4-month-old male patient with a history of previous hospitalizations for respiratory infections presented with fever and respiratory distress that failed to improve with antibiotic therapy, bronchodilators, and ventilatory support. Computed tomography with three-dimensional reconstruction confirmed pulmonary sequestration. Imaging revealed two aberrant arteries originating from the lower third of the descending thoracic aorta and extending to the left lower pulmonary lobe, along with pulmonary venous drainage into the junction of the superior vena cava and the right atrium. Once the diagnosis was clearly established, surgical treatment was indicated and performed successfully, and the diagnosis was subsequently confirmed by pathology. **Conclusion:** Intralobar pulmonary sequestration associated with partial anomalous pulmonary venous drainage is a rare condition requiring surgical management.

Keywords: Pulmonary Sequestration, Bronchopulmonary Sequestration Pulmonary Venous Return Anomaly, Multidetector Computed Tomography (Source: MeSH NLM).



Citar como:

Piedra-Fernández JM, Reyes-Laserna SC, Hernandez-Galarreta JL. Importancia de la angiotomografía computarizada multicorte en el diagnóstico de secuestro pulmonar con drenaje venoso anómalo pulmonar parcial. Rev Pediatr Espec. 2026;5(3):150-155. doi: 10.58597/rpe.v5i3.160

Correspondencia:

Jorge Mario Piedra Fernández
Correo electrónico: jpiedra@insn.gob.pe

Recibido: 18/08/2026

Aprobado: 07/09/2026

Publicado: 30/09/2026



Esta es una publicación con licencia de Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

INTRODUCCIÓN

El secuestro pulmonar es considerado una malformación congénita del sistema respiratorio por alteración del desarrollo durante la embriogénesis, caracterizado por tejido pulmonar no funcional, separado del árbol traqueobronquial normal, con irrigación arterial sistémica anómala¹. Es considerada una enfermedad rara, con una incidencia de 0,15 – 6,4% de todas las malformaciones congénitas pulmonares², siendo más frecuente el secuestro pulmonar intralobar.

Se clasifica en dos tipos: intralobar y extralobar. El primero cuenta con revestimiento de la pleura del pulmón normal, mientras que el extralobar se diferencia por tener revestimiento de la pleura visceral sin pulmón normal, además de encontrarse dentro de la cavidad torácica¹.

La etiopatogenia del secuestro intralobar aún no se define, pero la teoría más consolidada plantea que se origina cuando el esbozo pulmonar surge antes del desarrollo de la pleura. El extralobar se origina cuando el esbozo pulmonar supernumerario accesorio migra caudalmente al esófago². Se plantea como hipótesis que durante el desarrollo embrionario podría producirse una alteración regional del patrón vascular pulmonar que afecte simultáneamente las conexiones arteriales y venosas. En el secuestro pulmonar, una porción de tejido pulmonar recibe irrigación sistémica a través de una arteria aberrante, mientras que su drenaje venoso puede seguir un trayecto anómalo. En lugar de drenar exclusivamente mediante una vena pulmonar hacia la aurícula izquierda, las venas de ese segmento pueden desembocar total o parcialmente en el sistema venoso sistémico, por ejemplo, en la vena ácigos, la vena cava inferior, la vena cava superior o el sistema portal, dependiendo de la variante anatómica. También podría existir una vena pulmonar anómala que conserve su drenaje hacia la aurícula izquierda, pero mediante un trayecto o conexión vascular atípica. Esta combinación de aporte arterial sistémico y drenaje venoso anómalo puede reflejar una alteración común del desarrollo vascular pulmonar y explica la necesidad de caracterizar mediante TC angiográfica tanto la irrigación como el drenaje venoso del territorio secuestrado.¹²

El diagnóstico se puede realizar desde la etapa fetal, principalmente en el secuestro pulmonar extralobar; los casos asintomáticos pueden diagnosticarse recién en la etapa adulta. En la infancia debe demostrarse la irrigación sistémica de las lesiones pulmonares mediante una arteria aberrante, con ayuda de la angiotomografía computarizada, la ecografía Doppler y la resonancia magnética³.

En este contexto, decidimos reportar el presente caso de secuestro pulmonar asociado a drenaje venoso anómalo pulmonar por tratarse de una entidad infrecuente en pediatría, de exclusión, que requiere apoyo diagnóstico de imágenes como la tomografía computarizada multicorte cardíaca y de grandes vasos, así como de reconstrucción tridimensional para confirmar el diagnóstico y planificar su manejo quirúrgico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente varón de 4 meses procedente de un distrito de Lima, con un tiempo de enfermedad de 4 días, que inicia con un proceso respiratorio alto, caracterizado por fiebre, rinorrea y congestión nasal que progresa a distrés respiratorio con taquipnea marcada y uso de musculatura accesoria.

Como antecedentes, presenta peso al nacer de 4,1 kg y APGAR adecuado. Fue hospitalizado al nacimiento por neumonía y requirió ventilación mecánica, y fue hospitalizado por segunda vez a los 3 meses por neumonía bacteriana.

Al examen físico se encuentra despierto y reactivo. Ingres a emergencia con frecuencia cardíaca de 160 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 60 respiraciones por minuto y saturación de O₂ de 94% con FiO₂ de 21%. En el aparato respiratorio: amplexación conservada, tiraje subcostal e intercostal, con moderado pasaje del murmullo vesicular, sibilantes inspiratorios y espiratorios; resto de sistemas normales. En el aparato cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, soplo sistólico 2/6 y pulsos periféricos presentes.

Requirió antibióticos, broncodilatadores y cánula de alto flujo por empeoramiento del distrés respiratorio; sin embargo, persistió con distrés respiratorio.

El electrocardiograma era normal para su edad y el ecocardiograma mostró cavidades cardíacas de dimensiones conservadas con función sistólica del ventrículo izquierdo conservada. Además, se observó un flujo continuo que se extiende posterior a la aorta y asciende sin que se visualice su desembocadura. No se evidenciaron cortocircuitos intracardíacos.

Se plantearon los diagnósticos de síndrome de distrés respiratorio, neumonía versus bronquiolitis, secuestro pulmonar, compresión extrínseca de aorta torácica por descartar y probable drenaje venoso anómalo pulmonar parcial (v. Figura 1).



Figura 1. Radiografía de tórax con radiopacidad apical derecha, sugestiva de infiltrado pulmonar.

La angiotomografía computarizada multicorte y la reconstrucción tridimensional confirmaron la presencia de dos arterias aberrantes que se originan en el tercio inferior de la aorta torácica descendente y se dirigen hacia el lóbulo pulmonar inferior izquierdo. Luego de ese lóbulo se observa vena pulmonar que se extiende por delante de la columna y cruza hacia el lado derecho de columna vertebral y asciende hasta desembocar en la parte posterior de la unión de la vena cava superior con la aurícula derecha (v. Figuras 2,3 y 4).

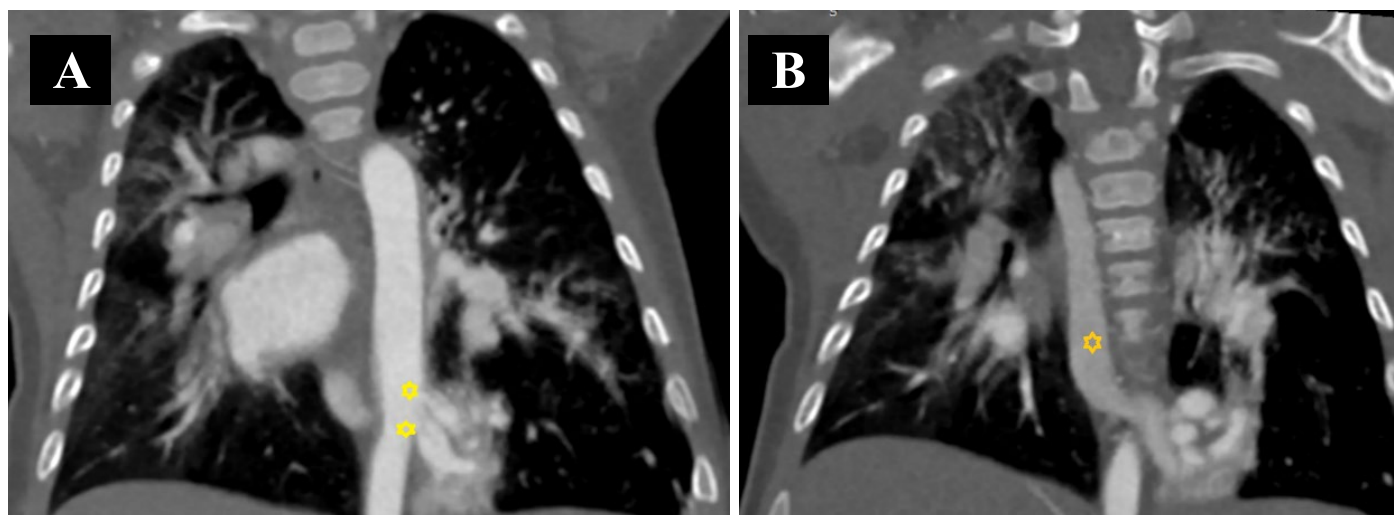


Figura 2. Secuestro pulmonar con drenaje venoso anómalo. (A) se observan dos arterias nutricias que surgen de la aorta descendente, de 2,8 mm y 3,8 mm que se dirigen hacia lóbulo pulmonar inferior izquierdo (estrellas amarillas). (B) Drenaje venoso que nace del lóbulo inferior y se dirige hacia la desembocadura de la vena cava superior con aurícula derecha (estrella naranja).

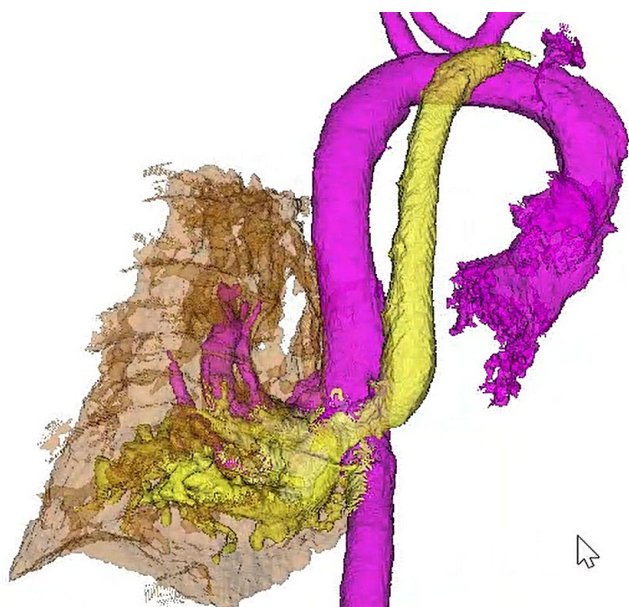


Figura 3. Vista posterior tridimensional volumétrica de las estructuras vasculares que muestran secuestro pulmonar (color marrón), con sus arterias nutricias que nacen de aorta descendente (color lila) y drenaje venoso, a través de un colector hacia la unión de VCS y aurícula derecha (color amarillo)

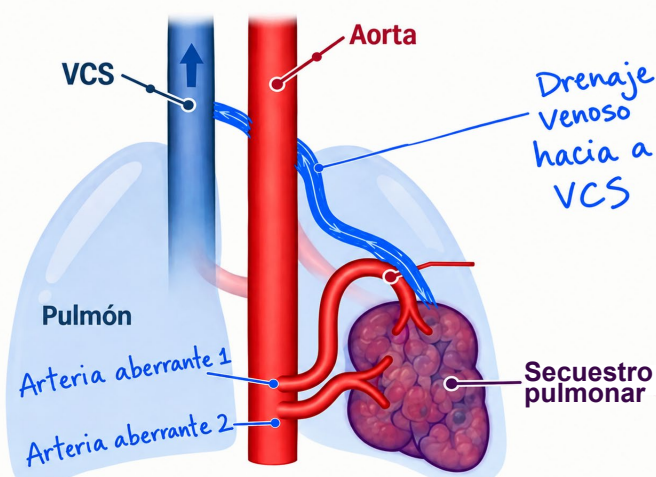


Figura 4. Imagen esquemática de una vista anterior mostrando secuestro pulmonar, las arterias aberrantes y el drenaje hacia la vena cava superior.

En el intraoperatorio se encuentra el lóbulo pulmonar inferior izquierdo con tejido pulmonar anómalo. De la aorta descendente nacen dos arterias aberrantes que se dirigen hacia la porción pulmonar anómala. Además, del lóbulo pulmonar inferior izquierdo emerge una vena pulmonar anómala, que termina drenando en la unión de la vena cava superior con la aurícula derecha.

La técnica operatoria realizada fue por toracotomía izquierda, con disección del hilio pulmonar, ligadura y sección de la arteria y la vena del lóbulo inferior izquierdo; sección del bronquio inferior izquierdo; disección, ligadura y sección de la vena pulmonar anómala; disección, ligadura y sección de las arterias anómalas del secuestro que emergían de la aorta descendente; sutura con Prolene 5/0 (v. Figura 5).

El paciente cursó hemodinámicamente estable, con evolución favorable, y fue dado de alta sin intercurencias. El examen histopatológico confirmó el diagnóstico de secuestro pulmonar intralobar.

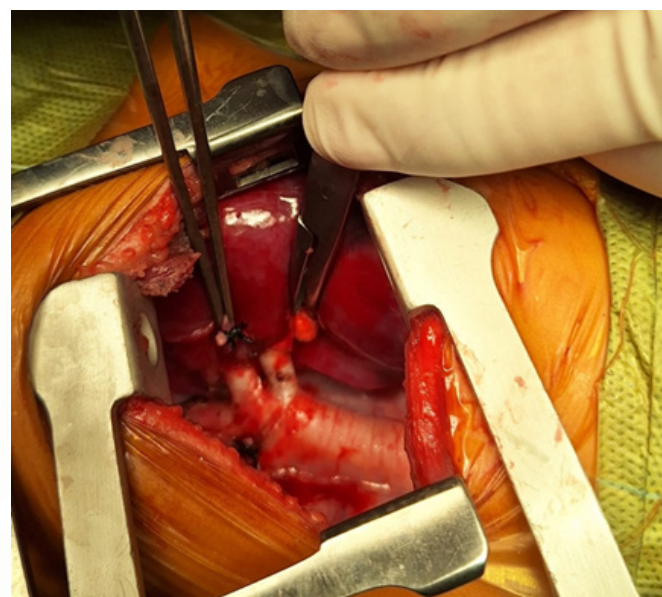


Figura 5. Imagen intraoperatoria de la aorta descendente con los vasos nutricios ligados

DISCUSIÓN

El secuestro pulmonar es una malformación congénita poco frecuente, que se caracteriza por una masa quística o sólida de tejido pulmonar segmentario primitivo no funcional, aislada del árbol traqueobronquial normal y tiene un suministro sistémico aberrante. Se estima que su incidencia es de 0,15-6,4%^{4,5}. El secuestro pulmonar puede ser de dos tipos: intralobar y extralobar. El intralobar es el más frecuente con un 75% y el extralobar representa el 25%⁶. El tipo de secuestro pulmonar intralobar se localiza generalmente en los lóbulos inferiores (98%), con predilección por los segmentos basales medial y posterior del lóbulo inferior izquierdo⁷.

El aporte arterial sistémico proviene con mayor frecuencia de la aorta torácica inferior (72%), otros orígenes pueden ser la aorta abdominal, el tronco celiaco, la arteria esplénica, la arteria intercostal y, en raras ocasiones, desde la subclavia o la torácica interna. El drenaje venoso del secuestro intralobar suele dirigirse siempre a las venas pulmonares. En cambio, los secuestros pulmonares extralobares, suelen acompañarse de un drenaje al sistema venoso sistémico. En nuestro caso siendo un secuestro intralobar, ese segmento de pulmón drenaba hacia la vena cava superior.

El secuestro pulmonar puede presentarse de manera asintomática o acompañarse de complicaciones como neumonía recurrente, hemoptisis, insuficiencia cardíaca congestiva, tumorigénesis, vasculitis de medianos y grandes vasos secundaria a infección crónica, un evento raro pero mortal⁸. En muchos casos reportados, el diagnóstico pasa desapercibido y son recién diagnosticados en la edad adulta^{7,9}.

Aunque los secuestros intralobares no tienen comunicación funcional con el árbol traqueobronquial, pueden presentar conexiones aberrantes con el parénquima pulmonar o el tracto gastrointestinal. Dichas conexiones aberrantes o poros de Kohn funcionan como canales por donde ingresan bacterias y predisponen a infecciones¹⁰.

En este caso el drenaje venoso anómalo parcial con septo interauricular intacto (sin comunicación interauricular), suele producir un cortocircuito estrictamente de izquierda a derecha. Este volumen extra que llega a las cavidades derechas suele ser aproximadamente del 20 al 25 % del flujo pulmonar total, y la repercusión hemodinámica suele ser más lenta que en aquellos pacientes que presentan una comunicación interauricular.

La angiografía por tomografía multicorte con reconstrucción tridimensional⁴ es muy útil para hacer un diagnóstico correcto del secuestro pulmonar, al detectar con precisión no solo la arteria anómala, sino también visualizar la vena asociada al secuestro pulmonar⁴. La información que proporcionen las imágenes sobre la vena pulmonar que salga del secuestro puede permitir diferenciar entre el tipo intralobar y el extralobar y, por lo tanto, cambiar el abordaje quirúrgico. Dado que un secuestro puede tener varios vasos nutricios, se deben documentar todas las arterias que irrigan la lesión, incluyendo su tamaño, origen y trayecto, además se debe registrar el drenaje venoso y cualquier otra anomalía del pulmón adyacente.

En este caso el cateterismo cardíaco no fue necesario debido a que la ecocardiografía no mostró signos de hipertensión pulmonar, ni dejó dudas sobre defectos intracardiacos. La tomografía ayudó a visualizar la anatomía completa de las arterias y de las venas nutricias.

En la conexión venosa pulmonar anómala parcial, cada modalidad de imagen aporta información complementaria. La ecocardiografía constituye generalmente el estudio inicial porque permite identificar la anomalía, valorar la presencia de comunicación interauricular asociada y determinar su repercusión hemodinámica, incluyendo dilatación y función del ventrículo derecho y estimación de la

presión pulmonar; sin embargo, puede presentar limitaciones para definir el trayecto completo de las venas pulmonares y sus relaciones extracardiacas. El cateterismo cardíaco proporciona una caracterización hemodinámica precisa, con medición directa de presiones, Qp/Qs y resistencia vascular pulmonar, pero es invasivo y utiliza radiación y contraste, por lo que suele reservarse para casos en los que esta información sea necesaria, especialmente ante sospecha de hipertensión pulmonar. La angiotomografía ofrece una excelente definición anatómica y reconstrucciones tridimensionales de las venas pulmonares, su sitio de drenaje y sus relaciones con la VCS, la VCI, la vena innominada y la aurícula derecha, y es especialmente útil para la planificación quirúrgica; sus principales limitaciones son la exposición a radiación y el uso de contraste yodado. La resonancia magnética cardíaca permite, por su parte, combinar una adecuada definición anatómica con una valoración funcional más completa, incluyendo cuantificación del Qp/Qs, volúmenes y función ventricular, sin exposición a radiación, aunque presenta mayor duración, menor disponibilidad y puede requerir sedación en niños pequeños. Por tanto, la elección debe individualizarse según la pregunta clínica: el ecocardiograma es fundamental para la evaluación inicial y el seguimiento, la TC destaca en la definición anatómica rápida y la planificación quirúrgica, la RM resulta especialmente útil para integrar anatomía y fisiología, y el cateterismo se reserva principalmente para la caracterización hemodinámica invasiva cuando esta puede modificar la conducta¹¹.

En la literatura se han reportado casos de secuestro pulmonar con múltiples arterias nutricias y con drenaje venoso anómalo, lo que lo convierte en una forma poco frecuente reportada en la literatura. En EE.UU., Pata y colaboradores describieron un caso de secuestro intralobar con múltiples arterias nutricias y que además presenta un drenaje venoso anómalo en vena ácigos, pues en caso de un secuestro intralobar el drenaje suele dirigirse a la aurícula izquierda; en nuestro caso, en cambio, el drenaje se producía en la vena cava superior. En el caso reportado por Pata y col., el paciente fue un adulto mayor sin mayor sintomatología durante la mayor parte de su vida, sin las neumonías recurrentes que suelen ser la presentación habitual de esta patología¹⁰.

En el secuestro pulmonar asociado a drenaje venoso pulmonar anómalo parcial, el tratamiento quirúrgico debe individualizarse según el tipo de secuestro, la anatomía arterial y venosa y la repercusión hemodinámica. En el secuestro intralobar sintomático, el tratamiento habitual consiste en segmentectomía o lobectomía, asociadas a ligadura o control de la arteria sistémica aberrante, mientras que en el secuestro extralobar puede realizarse la resección completa de la masa secuestrada, especialmente cuando existen síntomas, infecciones recurrentes o repercusión hemodinámica. Si la arteria aberrante es de gran calibre o presenta características que aumentan el riesgo hemorrágico, puede considerarse la embolización previa o una estrategia híbrida. Cuando existe drenaje venoso pulmonar anómalo, debe determinarse qué territorio pulmonar drena por la vena anómala: si corresponde exclusivamente al secuestro que será resecado, generalmente no es necesario reconstruir dicho drenaje; si también recoge sangre de pulmón funcional, debe preservarse y, cuando existe un cortocircuito significativo con dilatación del ventrículo derecho, realizarse su redirección hacia la aurícula izquierda mediante reimplantación directa o un túnel intracardiaco (*baffle*), según la anatomía. Si se asocia una comunicación interauricular tipo seno venoso, esta puede corregirse durante el mismo procedimiento, utilizando técnicas como el *baffle* intracardiaco o procedimientos tipo Warden cuando el drenaje anómalo involucra la vena cava superior. Por ello, antes de la cirugía es fundamental realizar un mapa vascular mediante angiotomografía o resonancia magnética que defina el origen y el número de arterias sistémicas, el territorio que irrigan,

el drenaje venoso del secuestro y del pulmón normal, las anomalías intracardiacas asociadas y la magnitud del cortocircuito, ya que estos elementos determinan si el procedimiento será exclusivamente pulmonar o requerirá una reparación vascular e intracardiaca concomitante ^{4,6}.

La embolización de la arteria aberrante es una excelente alternativa con una tasa de éxito aún discutible, aunque algunos reportes describen una buena tasa de éxito en niños⁶; sin embargo, se ha demostrado su utilidad en situaciones de hemoptisis de emergencia, mediante una técnica híbrida: primero, la embolización hasta estabilizar al paciente y, luego, prepararlo para la lobectomía pulmonar definitiva⁴.

El tratamiento quirúrgico demuestra una mayor ventaja frente a la embolización, ya que resuelve completamente la masa pulmonar anómala. En casos de secuestro intralobar, se realiza segmentectomía del lóbulo afectado, mientras que en el secuestro extralobar se realiza lobectomía. Este caso en particular era un secuestro intralobar, pero que tenía asociado un drenaje anómalo parcial de su lóbulo pulmonar, por lo que la técnica quirúrgica fue lobectomía con ligadura de las arterias anómalas que irrigaban al secuestro, ligadura de la arteria pulmonar que irrigaba el resto del lóbulo y ligadura del drenaje venoso anómalo.

Siempre hay que tener en cuenta los diagnósticos diferenciales, que pueden ser la malformación adenomatoidea quística, el quiste broncogénico, las bronquiectasias focales, el enfisema lobar congénito, tumores retroperitoneales en secuestro abdominales extralobares¹¹.

Nuestro caso representa, hasta lo revisado en la literatura, probablemente el primer reporte en el Perú de secuestro pulmonar intralobar con múltiples arterias nutricias y con drenaje venoso anómalo pulmonar parcial. Este hallazgo solo puede evidenciarse gracias a la tomografía computarizada multicorte con reconstrucción tridimensional y determinar el afluente arterial y el drenaje venoso preciso de un secuestro pulmonar.

CONCLUSIÓN

La tomografía computarizada multicorte con reconstrucción tridimensional permitió caracterizar de forma precisa el secuestro pulmonar intralobar, identificando simultáneamente su aporte arterial sistémico aberrante y el drenaje venoso pulmonar anómalo parcial, así como sus relaciones anatómicas. Esta caracterización vascular integral fue fundamental para establecer la anatomía de la malformación y orientar la estrategia quirúrgica, lo que demuestra el valor de la reconstrucción tridimensional en la planificación preoperatoria de anomalías vasculares pulmonares complejas.

Contribuciones de autoría: JMPF participó en la concepción y diseño del trabajo, la recolección de datos y obtención de resultados, el análisis e interpretación de los datos, la redacción del manuscrito, la revisión crítica del manuscrito, así como la revisión y aprobación de la versión final. SdCRL participó en la concepción y diseño del trabajo, la recolección de datos y obtención de resultados, el análisis e interpretación de los datos, la redacción del manuscrito, la revisión crítica del manuscrito, así como la revisión y aprobación de la versión final. JLHG participó en la recolección de datos y obtención de resultados, el análisis e interpretación de los datos y la revisión crítica del manuscrito.

Declaración de financiación: Autofinanciado por los investigadores.

Conflicto de interés: Los investigadores declaran no presentar conflictos de interés.

Aspectos éticos: El autor declara que se obtuvo el consentimiento informado del apoderado de la menor. El reporte de caso fue aprobado por el Comité Institucional de Ética de Investigación del INSN con el código PI-079-2024-OEAIDE.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tralbalza Marinucci B, Maurizi G, Vanni C, Cardillo G, Poggi C, Pardi V, Inserra A, Rendina EA. Surgical treatment of pulmonary sequestration in adults and children: long-term results. *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2020;31(1):71-77. doi: 10.1093/icvts/ivaa054.
2. Gabelloni M, Faggioni L, Accogli S, Aringhieri G, Neri E. Pulmonary sequestration: What the radiologist should know. *Clin Imaging.* 2021;73:61-72. doi: 10.1016/j.clinimag.2020.11.040.
3. González LR, Riquelme UA, Arancibia ZH, Reyes MR, Spencer LL, Alarcón OF, et al. Secuestro pulmonar: Caracterización y tratamiento en pacientes adultos y pediátricos. *Rev Cir.* 2021;73(3):262-271. doi:10.35687/s2452-45492021003831
4. Hai VA, Giang NT, Anh LV, Pho DC, Van Nam N. Aberrant artery embolization prior to pulmonary sequestration surgery: A case series report. *Int J Surg Case Rep.* 2022;91:106747. doi: 10.1016/j.ijscr.2021.106747.
5. Zeng Z, Zhu Y, Liu C, Lin F. Pulmonary sequestration. *QJM.* 2022;114(12):898-899. doi: 10.1093/qjmed/hcab265.

6. Lee EY, Dorkin H, Vargas SO. Congenital pulmonary malformations in pediatric patients: review and update on etiology, classification, and imaging findings. *Radiol Clin North Am.* 2011;49(5):921-48. doi: 10.1016/j.rcl.2011.06.009.
7. Arjun P, Palangadan S, Haque A, Ramachandran R. Intralobar sequestration. *Lung India.* 2017;34(6):559-561. doi: 10.4103/lungindia.lungindia_51_17.
8. Wang YJ, Chen YY, Lin GH. Relationship between intralobar pulmonary sequestration and type A aortic dissection: A case report. *World J Clin Cases.* 2023 May 26;11(15):3658-3663. doi: 10.12998/wjcc.v11.i15.3658.
9. Martínez-Besteiro E, Eiros Bachiller JM, Solís García M, Ruiz-Álvarez I. Pulmonary sequestration. *Med Clin (Barc).* 2022;158(9):449. doi: 10.1016/j.medcli.2021.11.004.
10. Pata R, Nway N, Dolkar T, Aung HM, Patel M. A Rare Case of Intrapulmonary Sequestration With Multiple Feeding Arteries and an Anomalous Pulmonary Vein Draining Into the Azygos Vein. *Cureus.* 2021;13(6):e15628. doi: 10.7759/cureus.15628.
11. Chakraborty RK, Modi P, Sharma S. Pulmonary sequestration. En: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
12. Alamo L, Saltiel S, Tenisch E. Revising the classification of lung sequestrations. *Clin Imaging [Internet].* 2021;77:92–7. doi: 10.1016/j.clinimag.2021.02.024