

**Fístula sistémico-pulmonar con afectación de vasos infradiaphragmáticos. Presentación de un caso.**

**Sr. Director:** Desde que Burchell publicó en 1947 el primer caso de fístula sistémico-pulmonar<sup>1</sup>, sólo se han comunicados casos aislados de esta patología. Su rareza, unida a su evolución larvada hace que muchas veces pasen desapercibidas. Presentamos un caso de fístula sistémico pulmonar entre la arteria hepática y las venas pulmonares, que debutó con hemoptisis.

Se trata de un varón de 53 años con hemoptisis repetidas de cinco años de evolución. Dos meses antes de su ingreso, había sido diagnosticado de tromboembolismo pulmonar por un cuadro de disnea súbita con hipoxemia, al demostrarse varios defectos de perfusión basales derechos en la gammagrafía pulmonar. Debido a que continuaba con hemoptisis frecuentes, fue admitido en nuestro servicio. La exploración cardiopulmonar era normal y no existían signos de trombosis venosa. Gasométricamente tenía un pH de 7.44, pO<sub>2</sub> 73 mmHg (9,7 kPa) y pCO<sub>2</sub> 30 mmHg (3,9 kPa). El ECG mostraba un hemibloqueo anterior izquierdo. La radiología de tórax, TAC tóraco-abdominal y ecografía abdominal fueron normales. La gammagrafía pulmonar de perfusión mostró un defecto de captación en el segmento posterior del LID. La broncoscopia y broncografía fueron normales. La arteriografía pulmonar evidenció una ausencia de vascularización en dicho segmento. Se realizó una aortografía tóraco-abdominal, con estudios selectivos de tronco celiaco y mesentérica superior, que demostró la existencia de múltiples fístulas entre las arterias del segmento 8 del lóbulo derecho hepático y las venas pulmonares derechas (fig. 1).

La irrigación de una porción pulmonar normal o displásica, puede depender de una arteria sistémica originada en la aorta o en una de sus ramas. Aunque lo más frecuente es que proceda de la aorta torácica<sup>2</sup>, a veces puede originarse en la aorta abdominal o en una rama visceral de ésta. El vaso aberrante se comunica con la misma frecuencia a vasos pulmonares arteriales o venosos, y puede ser

la única irrigación de un porción pulmonar o sumarse a la vascularización normal<sup>3</sup>. El origen de estas malformaciones es diverso, entre los que se encuentran casos congénitos<sup>3</sup>, como puede ser el nuestro. Suelen manifestarse por un soplo continuo a nivel de la fístula<sup>4</sup> o por hemoptisis aisladas o de repetición<sup>5</sup>. Si la malformación tiene un flujo importante puede presentarse una insuficiencia cardiaca. Cuando la fístula es sistémico-venosa la oximetría arterial es normal, pero cuando es sistémico-arterial se produce un shunt izquierda-derecha y puede ser detectado en la gasometría arterial. La radiografía de tórax no suele aportar datos específicos y la arteriografía pulmonar puede ser normal o mostrar la anulación del segmento irrigado por el vaso aberrante<sup>2</sup>. Para demostrar este vaso, hay que recurrir a la aortografía. Recomendamos el estudio de la aorta abdominal, cuando la torácica sea normal y se mantenga la sospecha de la fístula sistémico pulmonar. El tratamiento es controvertido, aconsejándose sólo cuando la malformación es sintomática. Si el parénquima pulmonar es normal puede recurrirse a la embolización selectiva del vaso anómalo, reservándose la cirugía para el resto de los casos<sup>6</sup>.

**JL. Villanueva Marcos, JL. Ogea García y J. Torre-Cisneros**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Regional Universitario Reina Sofía. Córdoba.

1. Burchell HB, Clagett OT. The clinical syndrome associated with pulmonary arteriovenous fistulas including a case report and surgical cure. *Am Heart J* 1947; 34:1515.

2. Ishikawa T. Systemic artery-pulmonary artery communication in Takayasu's arteritis. *Am J Roentgenol* 1977; 128:389-393.

3. Kriks DR, Kane PE. Systemic arterial supply to normal basilar segments of the left lower lobe. *Am J Roentgenol* 1976; 126:817-821.

4. Ishihara Y, Fukuda R. Anomalous systemic arterial supply to the basal segment of the lung presenting with a murmur. *Eur J Pediatr* 1979; 131:125-131.

5. Bredin CP, Richardson PR. Treatment of massive hemoptysis by combined occlusion of pulmonary and bronchial arteries. *Am Respir Dis* 1979; 117:969-973.

6. Moser RJ, Tenholder MF. Diagnostic imaging of pulmonary arteriovenous malformations. *Chest* 1986; 89:586-589.

**Contestación a la carta del Dr. Rodríguez sobre «Punciones arteriales...»**

Tras revisar la carta del Dr. Rodríguez queremos comentar: 1) su postura ante el empleo de la anestesia local (AL) previa a las punciones arteriales (PA) y 2) su valoración de algunos puntos de nuestra anterior carta. Deseamos que estos comentarios rápidos (por imperativo de la fecha de entrega a la revista) sean los últimos por nuestra parte.

1) Suprimir el dolor, con sus posibles modificaciones de la ventilación y su efecto desagradable «per se» (al margen de su repercusión en los resultados) sería la razón que podría hacer necesario utilizar AL antes de las PA. Parece que el Dr. Rodríguez está de acuerdo en que los resultados no varían necesariamente al no anestesiarse. En cualquier caso, los datos de la literatura (entre ellos unas normas ACCP<sup>1</sup>, que a pesar de valorar con detalle lugares y complicaciones de las PA, no citan en ningún punto la conveniencia del empleo de la AL) están al alcance de los lectores interesados.

Aduce el Dr. Rodríguez que no se ha demostrado todavía que la PA sea menos dolorosa y mejor tolerada sin AL. De acuerdo. Pero esto no es argumento suficiente para defender la necesidad de utilizarla siempre (o no utilizarla nunca). Tampoco se ha demostrado que en todos los casos sea peor tolerada sin AL. Sin duda la situación ideal sería no producir dolor con ningún tipo de exploración médica, y a buen seguro que ese momento llegará cuando los avances instrumentales permitan estudiar el organismo sin «invadirlo». Pero ahora (y recalando que valorar el impacto de un determinado dolor en un paciente nos plantea problemas éticos y prácticos complejos<sup>2,3</sup>, difíciles de resolver en ocasiones), creemos que en la práctica cotidiana de un servicio de neumología, la PA bien realizada (técnicos expertos y material adecuado) no produce un disconfort que precise siempre AL, al igual que ésta no se utiliza en otras técnicas habituales ligeramente dolorosas. La correcta relación técnico-paciente (sobre todo si ya se conocen) genera confianza y tranquilidad en este último y puede tener resultados muy satisfactorios<sup>4</sup>. ¿En cuántos servicios de neumología españoles los ATS de la plantilla utilizan sistemáticamente AL para las PA? ¿Y cuántos de sus enfermos la preferirían? Quizás una encuesta aportaría información interesante e importante. Bien distinto es cuando se realiza la PA con agujas intramusculares por parte de técnicos sin experiencia ajenos a servicios de neumología. En estos casos sí será necesaria la AL (e incluso exigir responsabilidades). La normativa (y el Dr. Rodríguez) meten en la misma categoría a todos los técnicos y todos los pacientes. Y eso, insistimos, no nos parece correcto. Al igual que el médico de un servicio de neumología perfecciona unos hábitos específicos con la práctica, también lo hacen los ATS y no sólo en las PA, sino en el resto de las técnicas. Y



**Fig. 1.** Arteriografía del tronco celiaco: Múltiples fístulas A-V entre las arterias dependientes del segmento 8 del lóbulo derecho hepático y las venas pulmonares inferiores derechas.