



Figura 1. La fibrobroncoscopia óptica mostró una lesión neoplásica hipervascularizada en la pared traqueal posterior.

mostró invasión de la mucosa traqueal coriónica por linfocitos de pequeño tamaño y núcleos ligeramente irregulares, así como la presencia de lesiones linfoepiteliales. En el análisis inmunohistoquímico se observó tinción de CD20 y Bcl-2 y ausencia de tinción de CD3, CD5, CD10 y ciclina-D1, lo que constituía un resultado compatible con linfoma MALT de bajo grado de la mucosa traqueal.

También se practicó una gammagrafía pulmonar de ventilación/perfusión, que indicó una probabilidad intermedia de que el paciente presentara un tromboembolismo pulmonar.

Se inició tratamiento con ácido aminocaproico, antibioterapia profiláctica con amoxicilina y ácido clavulánico y dosis anticoagulantes de heparina de bajo peso molecular. También se suspendieron los antiagregantes plaquetarios. La hemoptisis remitió y el paciente fue dado de alta.

Considerando que se trataba de un paciente anciano con enfermedad recidivante y diseminada, se decidió que se iniciaría quimioterapia con clorambucilo y prednisona y, si no se observaba respuesta, también tratamiento tópico (tratamiento broncoscópico o radioterapia). En este momento el paciente ha finalizado 8 ciclos de quimioterapia, continúa asintomático y la tomografía computarizada torácica de seguimiento ha indicado una respuesta completa de la masa traqueal.

La localización traqueal del linfoma MALT es muy infrecuente, pero su pronóstico es favorable y la supervivencia a largo plazo es buena. Diversas opciones terapéuticas, como la resección

quirúrgica, la radioterapia, el tratamiento broncoscópico, la quimioterapia, la inmunoterapia (rituximab) y la inmunoterapia han demostrado ser eficaces para el tratamiento de esta enfermedad. Sin embargo, dada su rareza, los datos disponibles no son suficientes para poder comparar las distintas opciones terapéuticas.

En las orientaciones terapéuticas para el linfoma MALT no gástrico diseminado se recomienda la quimioterapia, sola o en combinación con inmunoterapia. La radioterapia tópica solo se debería usar en caso de enfermedad localizada o como tratamiento paliativo de la enfermedad sintomática^{4,5}.

Dado el buen pronóstico y los índices de supervivencia de esta enfermedad, es importante tenerla en cuenta al hacer el diagnóstico diferencial de una lesión traqueal^{2,3}. Según la base de datos PubMed, en todo el mundo se han comunicado 20 casos, pero este es el primero que se describe en Portugal.

Agradecimientos

Al Dr. Fortunato Vieira y a las Dras. Ana Loureiro, Marisol Guerra y Margarida Inácio.

Bibliografía

- Thieblemont C, de la Fouchardière A, Coiffier B. Nongastric mucosa-associated lymphoid tissue lymphomas. Clin Lymphoma [Internet]. 2003;3(4):212-24. [consultado 30 Jul 2015]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3816/CLM.2003.n.002>
- Magliari MER, de Aquino RTR, Gonçalves ALL, Marioni F, Bernardi FDC, Brasi S, et al. Linfoma do tecido linfóide associado à mucosa de traqueia: Relato de caso. Sao Paulo Med J. 2012;130:126-9.
- Kang JY, Park HJ, Lee KY, Lee SY, Kim SJ, Park SH, et al. Extranodal marginal zone lymphoma occurring along the trachea and central airway. Yonsei Med J. 2008;49:860-3.
- National Comprehensive Cancer Network Clinical Practice Guidelines in Oncology: Non-Hodgkin's Lymphomas. 2016;Version 1:1211-8. [consultado 1 Feb 2016]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-1-4377-1604-7.00191-3>
- Dreyling M, Thieblemont C, Gallamini A, Arcaini L, Campo E, Hermine O, et al. ESMO Consensus Guidelines: Marginal zone lymphoma, mantle cell lymphoma, peripheral T-cell lymphoma. Ann Oncol. 2013;24:857-77.

Sara Raimundo*, André Alexandre y Cláudia Pinto

Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sara.rraimundo@gmail.com (S. Raimundo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2016.03.006>

Perforación de la arteria pulmonar tras la inserción de un drenaje torácico



Pulmonary Artery Perforation After Chest Tube Insertion

Sr. Director:

La inserción de drenajes torácicos en el espacio pleural es un tratamiento habitual en diferentes anomalías pleurales y, en general, se considera un procedimiento seguro¹. La lesión de un gran vaso torácico es infrecuente; sin embargo, se han publicado algunos casos en la literatura²⁻⁴.

Presentamos el caso de un varón de 78 años de edad que acudió a su hospital de referencia por presentar dolor torácico y

disnea tras una caída accidental. Entre sus antecedentes médicos destacaba la implantación de una válvula aórtica mecánica 27 años antes, por lo que el paciente seguía tratamiento con acenocumarol. La radiografía de tórax practicada en el momento de la presentación reveló un derrame pleural derecho. Se insertó un drenaje torácico de tipo trocar de 20F en la línea axilar anterior del quinto espacio intercostal. Tras la colocación del drenaje se recogieron más de 1.000 ml de sangre y el paciente presentó una hipotensión severa, por lo que el drenaje torácico se pinzó de inmediato y se practicó una nueva radiografía de tórax, que reveló un derrame pleural derecho masivo. El paciente fue trasladado a nuestro hospital con la sospecha de que presentaba una laceración de una arteria intercostal. A su llegada al centro se le practicó una TAC torácica, que mostró que el drenaje había atravesado la

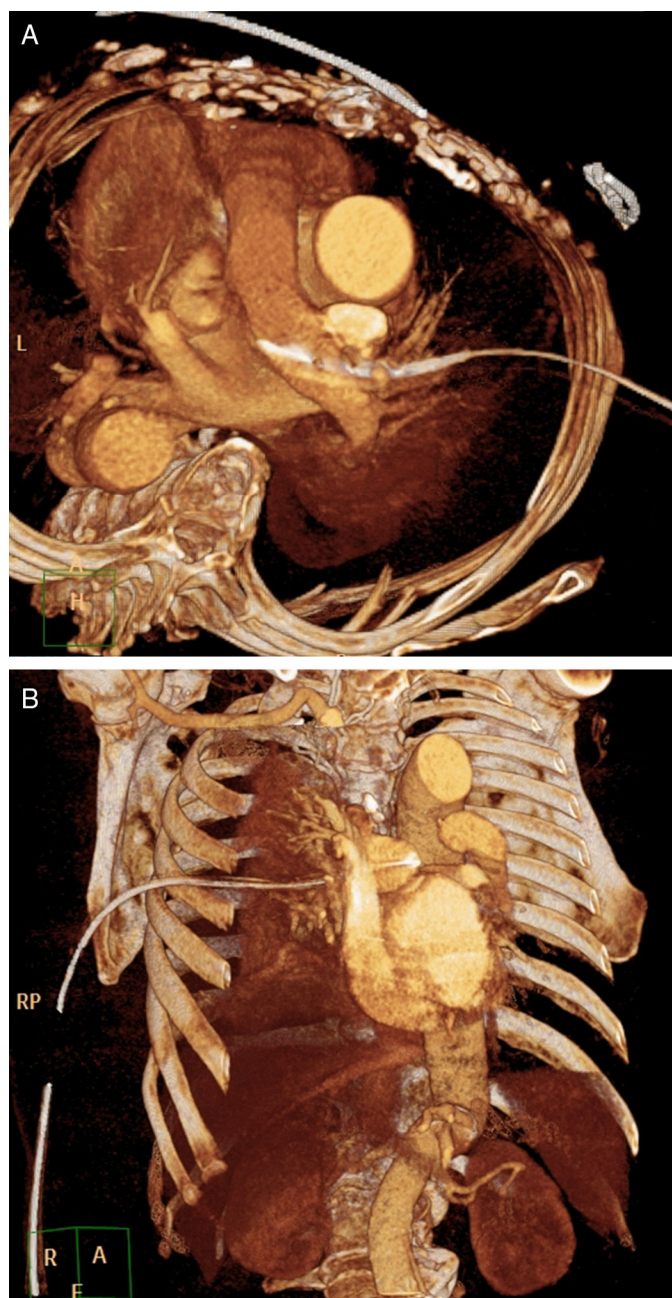


Figura 1. Reconstrucción de la TAC que muestra el drenaje torácico que atraviesa la arteria pulmonar derecha hasta situarse en el interior de la arteria pulmonar principal. A. Plano axial. B. Plano coronal.

arteria pulmonar derecha y su extremo había llegado al interior de la arteria pulmonar principal (fig. 1). El paciente fue transferido de inmediato a quirófano, manteniendo pinzado el tubo de la toracotomía. Se efectuó una toracotomía antero-lateral derecha a través del cuarto espacio intercostal. Se observaron adherencias pleurales que se eliminaron con disección roma y electrocauterio.

Se observó que el tubo de drenaje perforaba el lóbulo superior del pulmón derecho, y tras seguir su trayectoria se pudo constatar que el punto de entrada era una de las ramas inferiores de la arteria pulmonar derecha. Se rodeó la arteria pulmonar con un torniquete vascular para interrumpir temporalmente la circulación pulmonar, se retiró con éxito el tubo de la toracotomía y el orificio se suturó mediante suturas monofilamentosas. A continuación

se liberó el torniquete vascular y, tras confirmar el control de la hemorragia, se suturó el punto de entrada al parénquima pulmonar.

Se colocaron nuevos drenajes torácicos y el paciente fue trasladado a la unidad de cuidados intensivos. La radiografía de tórax practicada después de la intervención mostró infiltrados bilaterales compatibles con un síndrome de distrés respiratorio agudo. En los días siguientes el paciente presentó un fallo multiorgánico y falleció en el séptimo día del postoperatorio.

Se han comunicado diferentes complicaciones de la inserción de un drenaje torácico, tales como laceraciones pulmonares o diafragmáticas, hemorragias de arterias intercostales y perforación de órganos intraabdominales¹. También se han comunicado daños en estructuras cardíacas, como la perforación de la aurícula derecha que describieron Meisel, Ram y Priel⁵.

Como ya se ha comentado², la observación de una punta de catéter que cruza la línea media en la radiografía de tórax y la presencia de sangre fresca deberían hacer sospechar una perforación de la arteria pulmonar, como sucedió en nuestro caso.

Se ha apuntado que la presencia de adherencias pleurales, que en este caso también observamos, podría influir en una mala ubicación del tubo de toracotomía, que provocaría una perforación del parénquima pulmonar o una laceración de estructuras vasculares³.

Para el tratamiento de una perforación de arteria pulmonar se han descrito distintos abordajes²⁻⁴, incluida la retirada progresiva del drenaje torácico durante varios días y sin necesidad de intervención quirúrgica. No obstante, se acepta que, si se sospecha una rotura de un gran vaso, la mejor opción es mantener el tubo pinzado hasta la llegada del paciente al quirófano, ya que la retirada del drenaje torácico antes de la llegada del paciente al quirófano puede conducir a un desenlace fatal⁵.

Por último, la inserción de drenajes torácicos es un procedimiento que salva vidas y que se efectúa de forma rutinaria en la práctica clínica diaria. Sin embargo, como en cualquier otro procedimiento médico/quirúrgico, pueden surgir complicaciones. Para obtener los mejores resultados es importante reconocer las complicaciones enseguida y elegir el tratamiento más adecuado para cada paciente. En un caso como el que presentamos el abordaje quirúrgico inmediato nos parece la mejor elección.

Bibliografía

1. Miller KS, Sahn SA. Chest tubes. Indications, technique, management and complications. *Chest*. 1987;91:258-64.
2. Sundaramurthy SR, Moshinsky RA, Smith JA. Non-operative management of tube thoracostomy induced pulmonary artery injury. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2009;9:759-60.
3. Takanami I. Pulmonary artery perforation by a tube thoracostomy. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2005;4:473-4.
4. Rombola CA, Tomatis SB, Hanguero Martinez AF, León Atance P. Parapneumonic pleural effusion. Accidental insertion of a chest tube into right pulmonary artery. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2008;34:903.
5. Meisel S, Ram Z, Priel I, Nass D, Lieberman P. Another complication of thoracostomy-perforation of the right atrium. *Chest*. 1990;98:772-3.

Alberto Jauregui^{a,*}, María Deu^a y Oscar Persiva^b

^a Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España

^b Servicio de Radiología, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ajauregui@vhebron.net (A. Jauregui).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2016.03.007>