

Mediante seguimiento tomográfico, 6 meses después del procedimiento, objetivamos que no se reanalizó el vaso aberrante, hubo regresión del SP y expansión del pulmón residual, siendo estos últimos muy notorios en el primer caso por haber sido un SP de gran volumen, donde además la gammagrafía pulmonar indicó captación normal del pulmón derecho.

Si bien no se han comunicado diferencias significativas en cuanto a mortalidad entre el tratamiento quirúrgico y percutáneo del SP, series con número importante de pacientes sometidos a cirugía refieren entre 7-14 los días de hospitalización, drenaje torácico por 4 días y lobectomía en la mayoría de los casos particularmente en el tipo intralobar;^{3,5} aunque no realizamos estudio comparativo de ambas técnicas, con el tratamiento percutáneo evitamos estas morbilidades.

Hasta donde conocemos, es el segundo informe de tratamiento percutáneo de SP en niños en Sudamérica⁴, y aunque en nuestra serie la resolución endovascular fue efectiva y segura, es muy apresurado recomendarle como tratamiento de primera elección, porque se requiere de mayor experiencia, aunque debido a la creciente información acerca de su efectividad²⁻⁴, podría ser considerado como primera medida terapéutica en localidades donde hay limitaciones, tanto en el número de camas en cuidados intensivos, como en la disponibilidad de cirujanos pediátricos entrenados para operar malformaciones congénitas pulmonares.

Bibliografía

1. Pryce DM. Lower accessory pulmonary artery with intralobar sequestration of lung: a report of seven cases. *J Pathol Bacteriol.* 1946;48:457-67.

2. Chien KJ, Huang TC, Lin CC, Lee CL, Hsieh KS, Weng KP. Early and late outcomes of coil embolization of pulmonary sequestration in children. *Circ J.* 2009;73:938-42.
3. Brown SC, de Laat M, Proesmans M, de Boeck K, van Raemdonck D, Louw J, et al. Treatment strategies for pulmonary sequestration in childhood: Resection, embolization, observation? *Acta Cardiol.* 2012;67:629-34.
4. Alvarez JA, Cleveland PC, Green MK, Sanhueza HE, Silva VJ. Embolización transcáteter con dispositivo, una promisoriosa opción en el tratamiento del secuestro pulmonar: casos clínicos. *Rev Chil Pediatr.* 2014;85:197-202.
5. Ou J, Lei X, Fu Z, Huang Y, Liu E, Luo Z, et al. Pulmonary sequestration in children: A clinical analysis of 48 cases. *Int J Clin Exp Med.* 2014;7:1355-65.

Raúl E. Ríos-Méndez^{a,*}, Jimena N. Andrade-Herrera^b
y María E. Araúz-Martínez^c

^a Servicio de Cardiología y Hemodinamia, Hospital Pediátrico Baca Ortiz, Ministerio de Salud Pública, Quito, Ecuador

^b Servicio de Imagenología, Hospital Pediátrico Baca Ortiz, Ministerio de Salud Pública, Quito, Ecuador

^c Servicio de Neumología, Hospital Pediátrico Baca Ortiz, Ministerio de Salud Pública, Quito, Ecuador

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: riosmendez@intramed.net.ar
(R.E. Ríos-Méndez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2016.06.012>

0300-2896/

© 2016 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Tratamiento endoscópico con cianoacrilato de fuga aérea persistente por fistula bronco-pleural en paciente con fibrosis pulmonar idiopática



Endoscopic Cyanoacrylate for Persistent Air Leak from A Bronchopleural Fistula in A Patient with Idiopathic Pulmonary Fibrosis

Sr. Director:

La fibrosis pulmonar idiopática (FPI) es una neumonía intersticial fibrosante crónica, de causa desconocida, con patrón radiológico/histológico de neumonía intersticial usual (NIU)¹, con una incidencia de neumotórax del 12%, que puede presentarse combinada con enfisema centrolobulillar y paraseptal en lóbulos superiores². Las fistulas bronco-pleurales (FB), comunicaciones entre el espacio pleural y el árbol bronquial pueden originarse por alteraciones pleuroparenquimatosas previas, y suponen un reto terapéutico con gran morbilidad, donde prima la individualización del tratamiento³.

Presentamos el caso de un varón de 67 años con antecedentes de hidroneumotórax secundario a contusión pulmonar y neumotórax (N) espontáneo, diagnosticado de FPI, (subtipo síndrome combinado fibrosis/enfisema) según criterios clínico-radiológico-funcionales ATS/ERS 2011¹, tratado con pirfenidona. Consulta por clínica de dolor torácico, disnea brusca, con uso de músculos respiratorios accesorios, abolición del murmullo vesicular en hemitórax derecho y radiografía compatible con N a tensión (fig. 1A). Tras la colocación de drenaje endotorácico (DET) es trasladado a planta de hospitalización, objetivándose cámara pleural con fuga aérea (FA) persistente, a pesar de DET en 3 ocasiones (2 de ellos calibre fino, -8 y 10 F- y otro grueso -24 F-), sin resolución del N.

Se desestima la cirugía, ante el elevado riesgo quirúrgico por su enfermedad parenquimatosa, practicándose fibrobroncoscopia flexible (FF) el día 21 de ingreso mediante sedación profunda (paciente en posición semi-sentado con DET de 24G en hemitórax derecho con sello de agua que permitía objetivar la ausencia/presencia de FA), sin encontrar alteraciones endoscópicas en el árbol bronquial derecho. Se accedió al bronquio subsegmentario (BS) lateral del bronquio correspondiente al lóbulo medio (origen sugestivo de localización, tras estudio detallado de la tomografía axial computarizada [TAC]), procediendo mediante catéter Fogarty® al colapso completo de dicho BS, revelando ausencia de FA. Se procedió a la instilación de 2 ml de cianoacrilato endobronquial guiado por catéter telescópico, sin complicaciones inmediatas. Al término de la FF, existía presencia de FA intermitente con progresiva desaparición, mostrando ausencia de N en la radiografía de tórax realizada, previa al alta hospitalaria, tras 16 días de la FF (fig. 1B).

No existen guías de consenso para el tratamiento adecuado en este tipo de pacientes. Se incluyen como opciones terapéuticas; desde procedimientos quirúrgicos a la FF intervencionista con utilización de diferentes pegamentos, coils y sellantes^{3,4}. El uso del cianoacrilato, pegamento tisular ampliamente utilizado en la práctica médica, inicialmente condiciona un sellado de la FB, induciendo en un segundo tiempo una respuesta inflamatoria condicionante de fibrosis, y proliferación de la mucosa, que condiciona un sellado permanente.

Otras opciones terapéuticas barajadas en este caso incluirían: el uso del nitrato de plata (pegamento utilizado ampliamente en las broncoscopias rígidas para el sellado de fistulas con FA sobre el lecho quirúrgico), spignots de Watanabe® (cilindros de silicona con pequeñas extensiones redondeadas que permiten su anclaje bronquial, con infrecuente migración) o válvulas endobronquiales (desmontables, bien toleradas, con pocas complicaciones conocidas y que no excluyen intervención quirúrgica futura)^{4,5}. Actualmente

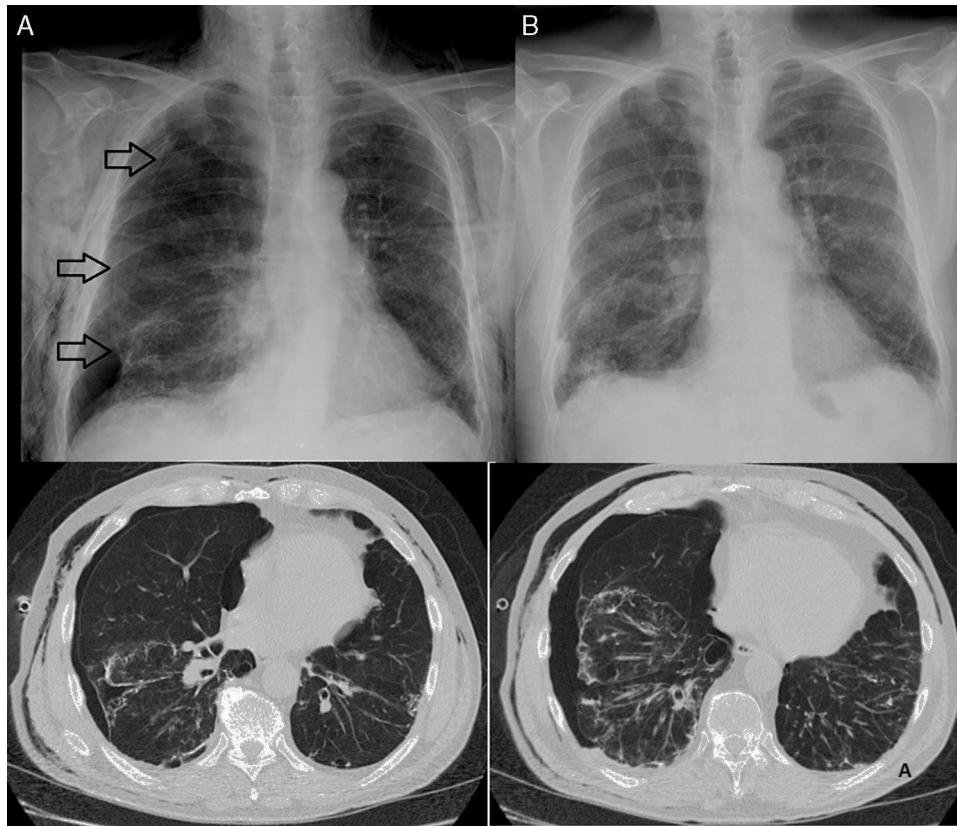


Figura 1. A) Radiografía de tórax y TAC tóraca previo a la FF. B) Radiografía de tórax tras el tratamiento endoscópico.

la FF intervencionista plantea un tratamiento alternativo para muchas enfermedades de la vía aérea, clásicamente reservadas para el ámbito de la cirugía torácica.

Bibliografía

1. Raghu G, Collard HR, Egan JJ, Martínez FJ, Behr J, Brown KK, et al., ATS/ERS/JRS/ALAT Committee on Idiopathic Pulmonary Fibrosis. An official ATS/ERS/JRS/ALAT statement: Idiopathic pulmonary fibrosis: Evidence-based guidelines for diagnosis and management. *Am J Respir Crit Care Med.* 2011;183:788-824.
2. Jankowich MD, Rounds S. Combined pulmonary fibrosis and emphysema syndrome: A review. *Chest.* 2012;141:222-31.
3. Lois M, Noppen M. Bronchopleural fistulas: An overview of the problem with special focus on endoscopic management. *Chest.* 2005;128:3955-65.
4. Mora G, de Pablo A, García-Gallo CL, Laporta R, Ussetti P, Gámez P, et al. Is endoscopic treatment of bronchopleural fistula useful? [Article in Spanish]. *Arch Bronconeumol.* 2006;42:394-8.

5. Hance JM, Martin JT, Mullett TW. Endobronchial valves in the treatment of persistent air leaks. *Ann Thorac Surg.* 2015;100:1780-5.

Blanca de Vega Sánchez * y Vicente Roig Figueroa

Servicio de Neumología, Hospital Clínico Universitario Valladolid, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: blancadevegasanchez@gmail.com (B. de Vega Sánchez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2016.06.014>
0300-2896/

© 2016 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Esclerosis sistémica y sarcoma de Kaposi con afectación pulmonar: una asociación inesperada



Systemic Sclerosis and Kaposi's Sarcoma with Pulmonary Involvement: An Unexpected Association

Sr. Director:

La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad infrecuente, caracterizada por la presencia de trastornos inmunológicos complejos, daño vascular y fibrosis cutánea y visceral¹. Las enfermedades autoinmunes (AI), incluida la ES, y los fármacos inmunosupresores se han relacionado con muchos tipos de cáncer.

El sarcoma de Kaposi (SK) es un tumor angioproliferativo infrecuente, que se asocia con la infección por el herpesvirus humano 8 (HVH-8). La afectación más habitual es la mucocutánea, aunque se puede desarrollar en casi todas las vísceras². En el SK pulmonar pueden resultar afectados el parénquima pulmonar, las vías aéreas, la pleura y/o los ganglios linfáticos intratorácicos³. De los 4 tipos de SK, el yatrógeno está relacionado con la administración de tratamientos inmunosupresores, típicamente en pacientes sometidos a trasplante de órgano sólido o que padecen otras enfermedades, tales como una enfermedad AI².

Comunicamos el caso de una mujer de 66 años, a quien se diagnosticó ES cutánea limitada a los 40 años de edad y con afectación pulmonar de 4 años de evolución en forma de enfermedad pulmonar intersticial, con patrón de neumonía intersticial usual.