

Imagen Clínica

Tratamiento endoscópico combinado para el cierre de una fístula broncopleuraleal de gran tamaño

Combined Endoscopic Treatment for the Closure of a Large Bronchopleural Fistula

María José Bernabé Barrios*, Roberto Larrosa Barrero y Elena Forcén Vicente de Vera

Servicio de Neumología, Hospital Clínico San Carlos, Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid, España



Varón de 74 años, intervenido 10 meses antes de un carcinoma epidermoide mediante una bilobectomía derecha (LM y LID) con doble toracotomía. Quince días después de la cirugía el enfermo desarrolló un empiema, y pudo apreciarse una fístula secundaria a una dehiscencia de la sutura de la bilobectomía, que requirió de 2

nuevas intervenciones, sin conseguir el cierre de la fístula. En esta situación una tercera cirugía conllevaba un alto riesgo quirúrgico, y muy pocas posibilidades de éxito. Dado en ese momento el paciente no presentaba signos de infección endobronquial y que el orificio fistuloso medido endoscópicamente era > 1 cm de diámetro, se

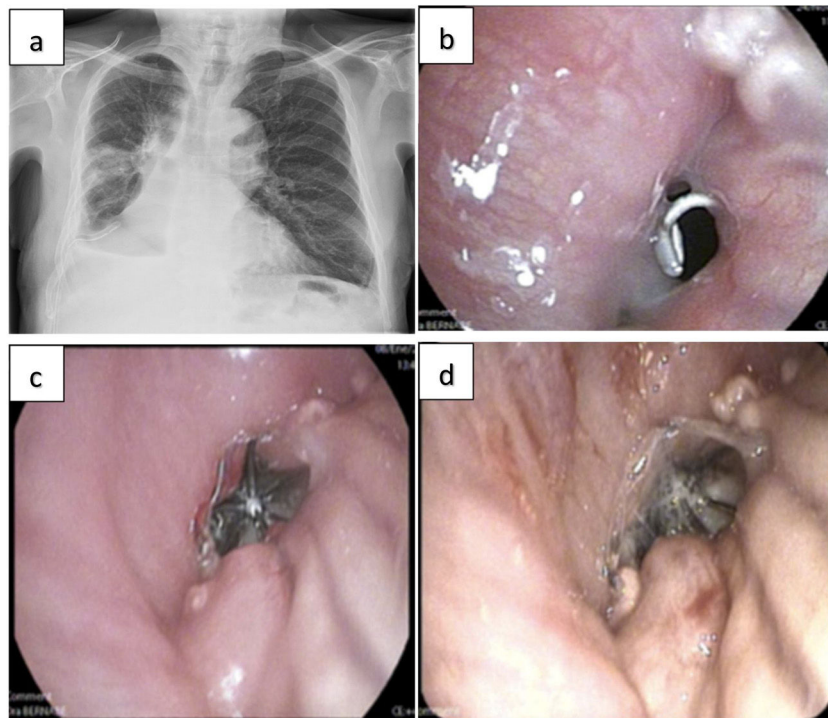


Figura 1. a) Radiografía posteroanterior de tórax en la que se aprecian cambios posquirúrgicos, un hidroneumotórax derecho con un nivel hidroaéreo en la parte más basal del hemitórax derecho y un derrame pleural derecho; b) Visión endoscópica de orificio fistuloso en la zona central del muñón de la bilobectomía inferior derecha; c) Visión endoscópica tras la implantación en el orificio fistuloso de la válvula intrabronquial de 9 mm Spiration® Olympus y d) Válvula intrabronquial implantada en el orificio fistuloso tras la instilación de un plasma rico en plaquetas. Nótese el tejido de granulación que existe a su alrededor.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: mariucha2002703@hotmail.com (M.J. Bernabé Barrios).

planteó la colocación de la válvula intrabronquial de mayor tamaño disponible en el mercado (9 mm)¹. Había que tener en cuenta que su anclaje era muy difícil y, además, cabía la complicación de que migrase por la toracotomía del paciente (fig. 1a y b).

Tras un mes desde el último intento de cierre quirúrgico y bajo sedación consciente se procedió a implantar la válvula en el orificio fistuloso, confirmándose su correcta ubicación endoscópica (fig. 1c)². A los 15 días del procedimiento se realizó una revisión endoscópica donde se evidenció que la oclusión no era total por lo que se decidió instilar endoscópicamente 10 ml de plasma rico en plaquetas sobre la mucosa que bordeaba a la válvula. Se provocó

así una reacción fibrótica (fig. 1d), que facilitó el cierre completo de la fistula y la desaparición de la fuga aérea en una semana.

Bibliografía

1. Gilbert CR, Casal RF, Lee HJ, Feller-Kopman D, Frimpong B, Dincer HE, et al. Use of one-way intrabronchial valves in air leak management after tube thoracostomy drainage. *Ann Thorac Surg.* 2016;101:1891–6.
2. Kurman JS, Hogarth K. Minimally invasive persistent air leak management. *AME Med J.* 2018;3:80.