

## Imagen Clínica

### Visualización de cavidad pleural a través de broncoscopia flexible debido a gran fístula broncopleurales

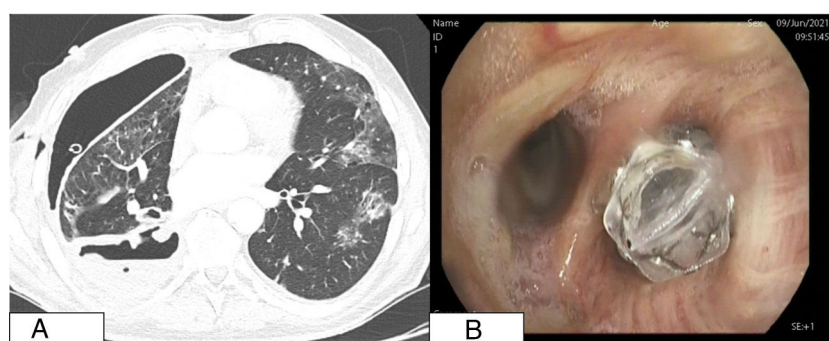


### Visualization of the Pleural Space During a Flexible Bronchoscopy due to Bronchopleural Fistula

Thais Beauperthuy Levy<sup>a,\*</sup>, Eduard Barrio Herraiz<sup>a,1</sup>, Javier Fullana<sup>b</sup> y Enrique Cases Viedma<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Neumología, Hospital Politécnico y Universitario La Fe, Valencia, España

<sup>b</sup> Servicio de Neumología, Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Valencia, España



**Figura 1.** A. TC torácica con neoplasia cavitada y neumotórax asociado con drenaje pleural en el interior de la cavidad pleural (nótese el engrosamiento de la pleura visceral). B. Visión endoscópica con la válvula Zephyr en la entrada de lóbulo inferior derecho.

Varón de 62 años, fumador (índice acumulado 45 a/p), EPOC y diagnóstico reciente de carcinoma epidermoide de pulmón en el lóbulo inferior derecho T4N2M0 (estadio IIIB) en tratamiento con quimioterapia y radioterapia. Ingresó por hidroneumotórax derecho y se colocó drenaje torácico. Mala evolución posterior, desarrollando empiema por *Staphylococcus aureus* y fuga aérea persistente. Se diagnosticó como fístula broncopleurales (fig. 1A) y se realizó tratamiento endoscópico mediante una válvula endobronquial unidireccional tipo Zephyr en el lóbulo inferior derecho. A los 7 días se reprodujo la fuga aérea, por lo que se repitió la broncoscopia, visualizando la válvula en la entrada de la pirámide basal derecha desplazada en dirección craneal, siendo ineficaz (fig. 1B), motivo por el que se decidió extraerla. Distalmente a la válvula se observó material fibrinoso y purulento que se retiró y se accedió a la cavidad pleural, observando la pleura parietal y diafragmática, ambas engrosadas y de aspecto infiltrativo, así como el drenaje torácico normoposicionado (vídeo). La fístula broncopleurales tiene un pronóstico ominoso (mortalidad 0,05-27%)<sup>1</sup>. Los

factores de riesgo más importantes son la edad, diabetes mellitus, infección pulmonar necrosante, EPOC, toma de corticoides crónicos o tratamiento quimiorradioterápico<sup>2</sup>. Aunque el tratamiento de elección es quirúrgico, pacientes no candidatos a cirugía estrictamente seleccionados pueden beneficiarse del tratamiento endoscópico. En nuestro caso, la situación de una infección aguda concomitante a la fístula genera controversia en la colocación de un dispositivo valvular endobronquial, pero, descartada la cirugía debido a las comorbilidades del paciente, era la única posibilidad terapéutica disponible para, una vez controlada la fuga aérea, reiniciar el tratamiento quimiorradioterápico.

#### Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.arbres.2021.09.002](https://doi.org/10.1016/j.arbres.2021.09.002).

#### Bibliografía

- Sirbu H, Busch T, Aleksic I, Schreiner W, Oster O, Dalichau H. Bronchopleural fistula in the surgery of non-small cell lung cancer: Incidence, risk factors, and management. *Ann Thorac Cardiovasc Surg.* 2001;7:330–6. PMID: 11888471.
- Dugan KC, Laxmanan B, Murgu S, Hogarth DK. Management of persistent air leaks. *Chest.* 2017;152:417–23. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chest.2017.02.020>.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [thaiscarob@gmail.com](mailto:thaiscarob@gmail.com) (T. Beauperthuy Levy).

<sup>1</sup> Ambos autores han contribuido por igual en la elaboración del artículo.