

Imagen clínica

Fístula arteriovenosa pulmonar tratada mediante lobectomía por VATS uniportal

Pulmonary Arteriovenous Fistula Treated by Uniportal VATS Lobectomy

Alejandro García-Pérez*, Anna Minasyan e Ignacio Sánchez Valenzuela

Servicio de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar, Hospital Universitario A Coruña, A Coruña, España

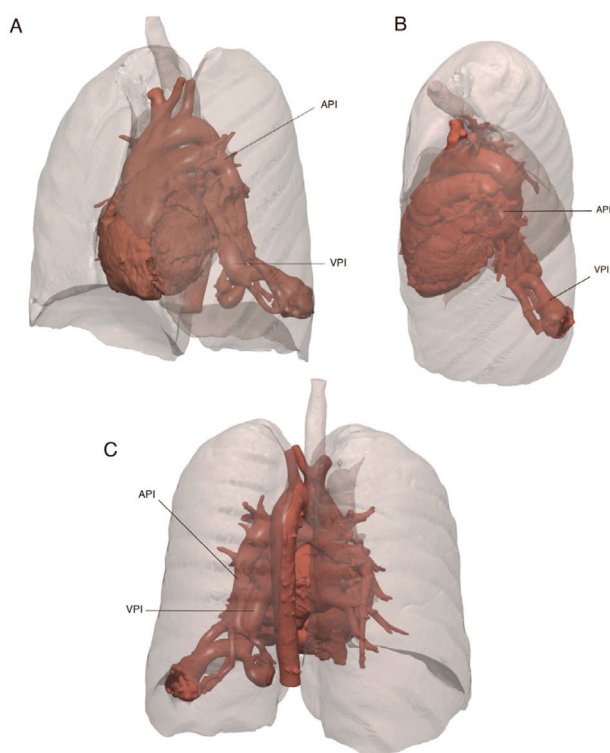


Figura 1. Reconstrucción volumétrica a partir de angio-TC pulmonar con contraste. Se identifica malformación arterio-venosa con arteria pulmonar izquierda (API) de un calibre máximo de 17 mm con ramas arteriales que drenan en la vena pulmonar inferior izquierda (VPI) de 19 mm de calibre máximo proximal. Por otra parte, se identifican 2 sacos vasculares conectados por ramas arteriales y venosas pulmonares de 35 × 28mm y un saco medial de 27 × 20mm. A) Visión anterolateral izquierda. B) Visión laterosuperior izquierda. C) Visión posterior.

Varón de 30 años, comienza estudio por clínica de disnea y poliglobulia. Valorado previamente por el Servicio de Hematología, es

remitido a Neumología tras hallazgo de capacidad de difusión pulmonar reducida en pruebas funcionales respiratorias.

En la exploración física se observan acropaquias y cianosis. Posteriormente se realiza un angio-TC donde se describe malformación arteriovenosa en el lóbulo pulmonar inferior izquierdo (fig. 1). Se diagnostica fístula arteriovenosa pulmonar (FAVP) con shunt derecha-izquierda, solicitándose valoración por parte del Servicio de Cirugía Torácica. Mediante abordaje videotoracoscópico uniportal, se realiza lobectomía inferior izquierda. El paciente evoluciona favorablemente presentando a los 2 meses una llamativa mejoría de la cianosis y la disnea, así como la normalización total de los valores gasométricos y de hematocrito.

Las FAVP son malformaciones que representan comunicaciones directas entre arteria y vena sin un lecho capilar intermedio¹. Presentan una incidencia de 2-3/100.000 habitantes². La clínica principal es la hipoxemia con posterior disnea, cianosis y policitemia. El abordaje quirúrgico raramente es necesario porque la mayoría son susceptibles de tratamiento intravascular. Sin embargo, la resección quirúrgica sigue siendo vital en casos como el presente, donde una FAVP de gran tamaño compromete extensamente un lóbulo pulmonar, siendo poco viable la embolización.

Conflicto de intereses

Ninguno de los autores declara tener algún conflicto de interés relacionado directa o indirectamente con los contenidos del manuscrito.

Bibliografía

- Pick A, Deschamps C, Stanson A. Pulmonary arteriovenous fistula: Presentation, diagnosis, and treatment. *World J Surg.* 1999;23:1118-22. <http://dx.doi.org/10.1007/s002689900634>.
- Hodgson CH, Kaye RL. Pulmonary arteriovenous fistula and hereditary hemorrhagic telangiectasia: A review and report of 35 cases of fistula. *Dis Chest.* 1963;43:449. <http://dx.doi.org/10.1378/chest.43.5.4491963>.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alejandrogarcia.p90@hotmail.com (A. García-Pérez).