

Imagen clínica

Migración de malla de pericardio a través de vía aérea tras bilobectomía inferior ampliada

Pericardial Mesh Migration Through the Airway After Extended Lower Bilobectomy

Juan Gómez Tabales^{a,b,*}, Francisco García Gómez^{a,b} y José Luis López Villalobos^{a,b}

^a Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

^b Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias (UMQUER), Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España



Presentamos el caso de un varón de 77 años hipertenso y diabético en tratamiento con una cardiopatía isquémica revascularizada hace 2 años. Fue sometido a una bilobectomía inferior ampliada a pericardio por un linfoma folicular pulmonar en 2013, realizándose sutura bronquial manualmente y cubriéndose el defecto pericárdico con malla de PTFE para evitar herniación cardíaca.

Desde 2015 presenta episodios recurrentes y autolimitados de hemoptisis, además de expectoración purulenta habitual. Previo al inicio de esta clínica insidiosa, ya se advertía en las pruebas de imagen una formación tisular de partes blandas a nivel del muñón del bronquio intermediario, realizándose una retirada parcial de material protésico a través de broncoscopio rígido. Tras esta primera broncoscopia rígida (de la cual no poseemos material fotográfico) se realizó seguimiento con fibrobroncoscopia cada 8-10 semanas, sin grandes cambios respecto a la migración del material protésico.

Por la evolución clínica y, dado el antecedente, se solicita TAC torácica para plantear actitud terapéutica definitiva y que es informada como: «Formación tisular de partes blandas con contenido grumoso de alta densidad. Proyección digitiforme de la tumoración desde muñón de bronquio intermediario hacia pared inferior del bronquio principal derecho hacia la luz» (fig. 1A). Tras ello, en la

fibrobroncoscopia de control se observó una importante protrusión a nivel de muñón de bronquio intermediario de material protésico, permaneciendo el bronquio lobar superior permeable. Se llevaron a cabo varios intentos de retirada de este a través de fibrobroncoscopia, sin éxito, por lo que se realizó broncoscopia rígida con sección y retirada de la malla (fig. 1B,C). El control broncoscópico posterior fue satisfactorio y la clínica del paciente desapareció por completo (fig. 1D).

Actualmente el paciente se encuentra en seguimiento por el servicio de Hematología, sin imágenes ni clínica sugestiva de fístula broncopleurales.

Aunque se trata de una situación extremadamente rara, debemos tener en cuenta las potenciales complicaciones que pueden llevarse a cabo cuando utilizamos material protésico a nivel del

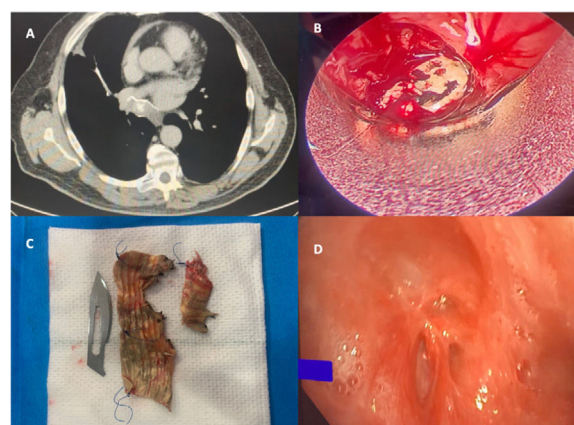


Figura 1. A) Tomografía axial computarizada (TAC). B) Hallazgos broncoscópicos. C) Material extraño extraído. D) Control postoperatorio.

mediastino (infección, migración, taponamiento en caso de defectos pericárdicos...)

A pesar de intensa búsqueda, no hemos encontrado en la literatura publicada casos como el que presentamos, siendo una complicación tardía extremadamente rara^{1,2}.

En el vídeo adjunto (Anexo A) se muestra el proceso clínico y los resultados tras la realización del procedimiento.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.arbres.2021.12.016](https://doi.org/10.1016/j.arbres.2021.12.016).

Bibliografía

- Morris J, Thomas DM. Delayed airway extrusion of type 1 thyroplasty Gore-Tex implant. *BMJ Case Rep.* 2016;2016, <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2016-215704>, bcr2016215704.
- Sethia R, Ivancic RJ, Idicula WK, deSilva BW. Strap muscle type i thyroplasty after Gore-Tex implant extrusion: Case report and literature review. *J Voice.* 2020;34:802-5, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvoice.2019.03.008>.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: j.gomez.tabales@gmail.com (J. Gómez Tabales).