



IMAGEN



COLOCACIÓN DE ENDOPRÓTESIS TRÁQUEO-BRONQUIAL EN “Y” DE DUMON PARA SELLADO DE FÍSTULA BRONCO-PLEURAL TRAS NEUMONECTOMÍA DERECHA

L. Martín Ripoll. F. Rodríguez García. L.F. Cassini Gómez de Cádiz.

Servicio de Neumología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

CASO CLÍNICO

Paciente de 63 años de edad diagnosticado de EPOC y diabetes mellitus tipo 2, exfumador desde hacía 6 años con un índice acumulado de tabaco (ICAT) de 35. Sometido a neumectomía derecha por carcinoma broncogénico pobremente diferenciado no microcítico, hiliar derecho en estadio IIIA.

El sexto día postoperatorio aparece una fístula en el muñón que se interviene. Sin embargo, comienza nuevamente a fugar por el drenaje torácico comprobándose en broncoscopia realizada cinco días después de esta intervención pequeña fístula del muñón (figura 1). Se realizó tratamiento endoscópico de la misma con inyecciones submucosas de polidocanol al 2% en los márgenes (figura 2) (apreciándose un edema inmediato de las paredes bronquiales y cierre aparente de la fístula) y posterior aplicación de argón-plasma, dejando momentáneamente de fugar por el tubo torácico. Cinco días después se realiza la primera revisión broncoscópica del procedimiento referido en la que se aprecia una escara blanco-amarillenta de tejido necrótico y detritus que recubre prácticamente toda la zona donde se apreciaba la fístula; aunque se objetivaba persistencia de mínima fístula residual de trayecto longitudinal, por lo que se decide inyectar nuevamente polidocanol al 2% en sus bordes y posterior aplicación de plasma de argón sobre esta zona, cesando la fuga aérea por el drenaje torácico. Finalmente una semana después, en la segunda revisión broncoscópica, se comprobó que la zona de la fístula había aumentado de manera considerable, extendiéndose la necrosis y volviendo a fugar por el tubo torácico. Por tanto, se decidió colocación de prótesis de silicona Dumon en

“Y” con el extremo bronquial correspondiente al muñón del bronquio principal derecho cegado (figura 3).

Tras varias revisiones después de este procedimiento, se comprobó mediante broncoscopio la correcta colocación de la prótesis y que había cesado la fuga aérea por el drenaje torácico procediendo a la retirada del mismo sin que volviesen a reaparecer síntomas y signos sugerentes de nueva fuga.

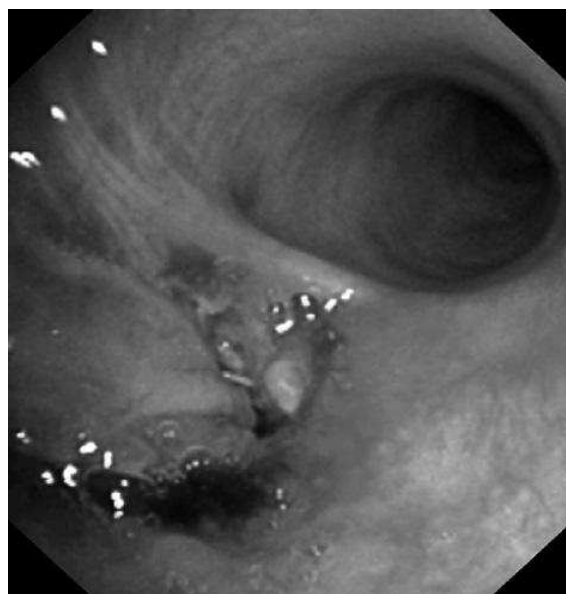


Figura 1. Fístula traqueoesofágica en muñón postneumectomía derecha.

Recibido: 12 de julio de 2010. Aceptado: 29 de julio de 2010.

Dra. Laura Martín Ripoll.
dralaumar@hotmail.com



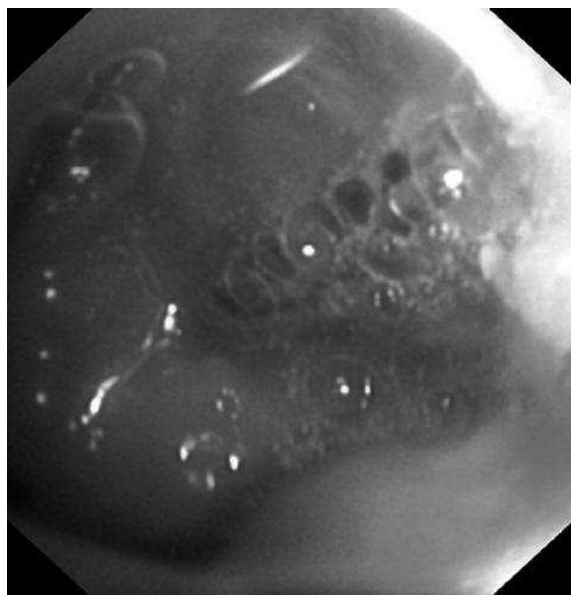


Figura 2. Estado de la fístula tras inyección submucosa de polidocanol al 2% en sus bordes.



Figura 3. Resultado tras colocación de prótesis.

DIAGNÓSTICO

Fístula bronco-pleural tras neumectomía derecha.

COMENTARIOS

Las fístulas broncopleurales postoperatorias asociadas o no a empiema constituyen una fuente importante de morbilidad en pacientes que han sufrido resecciones pulmonares, principalmente cuando se trata de enfermedades malignas. Su incidencia fluctúa entre el 1,6 % y 6,2 %. Se consideran como factores de riesgo para su aparición las resecciones pulmonares amplias (neumectomía), enfermedad maligna residual en el muñón bronquial, irradiación preoperatoria y diabetes mellitus. El 46 % ocurre en pacientes neumectomizados y el 75 % en el lado derecho. La disección ganglionar (mediastínica), al producir desvascularización bronquial, puede favorecer la dehiscencia bronquial y la subsecuente formación de una fístula. Constituye además una complicación tardía y grave de los procedimientos broncoplasticos (técnicas broncoplasticas), en los que suele ocurrir entre tres a cuatro semanas tras la operación y se reconoce como causa fundamental el fallo técnico.

El diagnóstico se sospechará en pacientes que presenten en el periodo postoperatorio expectoración copiosa de líquido serosanguinolento en los primeros días, o de material séptico, si ocurre tardíamente. Asimismo, se tendrá en cuenta el diagnóstico cuando

aparece un nivel hidroaéreo en los controles radiográficos, que aumenta de tamaño de manera espontánea o asociado a la aparición de expectoración. La desviación del mediastino hacia el lado no operado es otro signo radiográfico de esta complicación. También, como en nuestro caso, al no cesar la fuga por el drenaje torácico.

Un porcentaje importante de pacientes logra la cicatrización de la fístula con tratamiento conservador y técnicas endoscópicas, consistentes en la inyección de cola biológica, como el n-butyl-2-cianoacrilato (histoacryl), inyección de sustancias esclerosantes, como el polidocanol, en los bordes del orificio, como se intentó en el caso que nos ocupa, y por supuesto la asepsización de la cavidad, pero en otros, es necesaria la cirugía correctora para alcanzar la solución del problema.

Las técnicas quirúrgicas utilizadas comprenden la resección del muñón a través del mediastino para evitar la zona séptica en la cavidad pleural, la sutura del bronquio y el relleno de la cavidad ya sea con músculos, epiplón o con su obliteración mediante toracoplastia. Cuando el tratamiento quirúrgico es apropiado y no hay recidiva tumoral, los resultados suelen ser satisfactorios con éxito entre el 70 % y el 90 %.

En nuestro caso, ninguno de los tratamientos referidos en el párrafo anterior que fueron ensayados fue efectivo, por lo que probamos a sellar la fístula





taponando su orificio de salida, evitando así la comunicación con la vía aérea, mediante la colocación de una prótesis en "Y" de Dumon con la rama bronquial destinada al bronquio donde asentaba la fístula sellada, obteniendo un resultado muy satisfactorio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Eric S. Edell, Henry G. Colt. Jean François Dumon. Tracheobronchial prostheses. In: U.B.S. Prakash, editor. Bronchoscopy. New York: Raven Press; 1994. p 301-311.
2. J. F. Dumon, J.P. Díaz-Jiménez. Endoprótesis tráqueo-bronquiales. En: J.F. Dumon, J.P. Díaz-Jiménez, editores. Endoscopia respiratoria y laser. Barcelona: Tecnograf S.A.; 1991. p 117-124.
3. Fuentes Valdés Edelberto, Corona Mancebo Sixto B, Ferrá Betancourt Albio R, Martín González Miguel A. Mioplastia en el tratamiento de fístulas broncopleurales. Rev Cubana Cir [revista en Internet]. 2004 Jun.
4. Martín Ripoll L, Gallardo Medina M, Cassini Gómez de Cádiz L. Reacción aguda de cuerpo extraño tras colocación de endoprótesis traqueobronquial en "Y" de Dumon. Rev Esp Patol Torac 2009; 21 (4): 199-200.
5. Lois M, Noppen M. Bronchopleural Fistulas. An overview of the problem with special focus on endoscopic management. Chest 2005; 128: 3955-3965.