



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## V-29 - ¿SON LAS BULLAS TAN BENIGNAS COMO CREEMOS? A PROPÓSITO DE UN CASO

*Cavestany García-Matres, C.; Caballero Silva, U.; Fra Fernández, S.; Lomanto Navarro, L.C.; Cabañero Sánchez, A.; Muñoz Molina, G.M.; Saldaña Garrido, D.; Moreno Mata, N.*

*Hospital Ramón y Cajal, Madrid.*

### Resumen

**Introducción:** Las bullas gigantes enfisematosas son lesiones con destrucción completa del parénquima pulmonar que pueden causar síntomas como disnea, dolor torácico, infección, neumotórax o incluso malignizar lentamente. Las complicaciones extratorácicas suelen ser desconocidas por su baja incidencia, pero pueden ser potencialmente graves. Presentamos el caso de un paciente que presentó durante un vuelo un ictus por embolismo gaseoso secundario a la existencia de una bulla.

**Caso clínico:** Varón de 53 años que es trasladado desde el aeropuerto a la Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI) de nuestro centro por estatus epiléptico generalizado acontecido en el despegue que se mantuvo los 60 minutos del vuelo. Inicialmente, se realizó una tomografía computarizada (TC) craneal que no mostró alteraciones, pero al completar el estudio, en una resonancia magnética (RM) se evidenció una alteración parenquimatosa frontoparietooccipital bilateral y asimétrica compatible con infartos cerebrales múltiples. Se realizaron, sin éxito, múltiples pruebas para el estudio etiológico. Mediante ecocardiografía transesofágica se descartaron endocarditis y foramen oval permeable. Durante dos meses monitorizado, no presentó arritmias embolígenas y se realizó un estudio doppler de troncos supraaórticos sin estenosis significativa. Finalmente, el hallazgo de la RM junto con la existencia de una bulla pulmonar, condujeron a interpretar el cuadro como una embolia aérea cerebral asociada a vuelo comercial. El paciente presentó un ingreso prolongado en UVI con hemiplejía izquierda y mejoría neurológica progresiva. Durante el ingreso, no presentó más crisis epilépticas y fue dado de alta a los dos meses a un centro de media estancia para su rehabilitación motora. Tras su recuperación y estabilización funcional, se decide programar al paciente para la resección de la bulla pulmonar. Se realizó un abordaje por videotoracoscópico con dos puertos en el que se identifica la bulla pulmonar. Se realizó una apertura controlada de esta para permitir una mejor movilización del pulmón. Se seccionaron adherencias a mediastino anterior con bisturí de ultrasonidos. Se realizó una segmentectomía atípica de la bulla pulmonar con endograpadora y utilizando una carga reforzada para evitar la fuga aérea posoperatoria. Una vez comprobada una adecuada hemostasia y aerostasia, se añadió un sellante por encima de la línea de sutura. Se realizó un bloqueo los espacios intercostales bajo visión directa con bupivacaína al 0,25%. Se cursó el alta tras control radiológico satisfactorio y retirada del drenaje a las 24 horas de la intervención, sin incidencias. Tras el análisis anatomopatológico de la pieza, se objetivó una bulla subpleural con cambios reactivos a la larga evolución de la lesión.

**Discusión:** Las complicaciones extratorácicas de las bullas pulmonares son poco conocidas y existe escasa bibliografía al respecto. El embolismo gaseoso suele producirse en contexto de cambios de presión como son en un vuelo o al realizar submarinismo. Las consecuencias de este evento pueden ser muy graves, como son

las del caso que presentamos, e incluso letales. Es importante conocer estas complicaciones para poder realizar las pertinentes recomendaciones a los pacientes con bullas pulmonares así como realizar un diagnóstico precoz y su tratamiento.