



V-13 - LOBECTOMÍA INFERIOR DERECHA ASISTIDA POR ROBOT POR SECUESTRO PULMONAR INTRALOBAR CON RAMA ABERRANTE DEL TRONCO CELÍACO.

Sebastián Peñafiel, Carlos Martínez Barenys, Esther Cladellas, Samuel García, Pedro López de Castroy, Virgilio Benito Santamaría

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

Resumen

Introducción: El secuestro pulmonar es una anomalía congénita pulmonar en la que un área de tejido pulmonar no funcional es irrigada por una arteria sistémica. Este tejido puede estar recubierto por la pleura visceral del mismo lóbulo afectado (intralobar que supone el 75% de los casos) o podría tener su propia pleura visceral (extralobar, 25% de los casos). El SP intralobar drena hacia las venas pulmonares y el extralobar hacia venas sistémicas.

Caso clínico: Varón de 31 años sin antecedentes médicos de interés. Clínica de tos seca, disnea y dolor pleurítico, síntomas que no mejoran posterior a tratamiento médico ambulatorio. Tras el tercer episodio de infección respiratoria es derivado a nuestra institución en donde se indica ingreso hospitalario, tratamiento antibiótico y TAC tórax que describe: masa pulmonar sólida en el lóbulo inferior derecho (LID) que mide 12,2 × 11 × 6,3 cm, y presenta una irrigación arterial aberrante muy prominente a expensas de una arteria que nace del tronco celíaco. Además, presencia de un drenaje venoso hacia ramas de la vena pulmonar inferior derecha. Hallazgos compatibles con secuestro pulmonar intralobar. El resto de pruebas complementarias resultan anodinas. El paciente cumple correctamente el ciclo antibiótico y se realiza pruebas de función respiratoria: FEV1:106% y DLCO:99%. Ante la previsión y posibilidad de una disección laboriosa y difícil de la porción supradiafragmática de la arteria sistémica aberrante, secundaria a posibles adherencias por procesos inflamatorios e infecciosos previos y tras la valoración en sesión multidisciplinar se decide realizar arteriografía y embolización con *coils* de la arteria aberrante, rama del tronco celíaco, 24 horas previo a la intervención, como parte de la planificación quirúrgica, ya que un posible sangrado arterial sistémico de una rama de la aorta abdominal (infradiafragmática) desde el campo quirúrgico torácico-pleural derecho supondría una compleja solución quirúrgica. Un día posterior a la embolización realizamos abordaje toracoscópico asistido por robot. Se procede a disecar y seccionar la rama arterial sistémica localizada en el seno costofrénico posterior derecho, posteriormente se explora la cisura mayor, en búsqueda de las ramas arteriales del lóbulo inferior, sin éxito, por lo que se decide continuar la disección y sección de las estructuras de caudal hacia cefálico en el siguiente orden: vena pulmonar y bronquio del LID, disecando y respetando la vena y el bronquio del lóbulo medio y finalmente las ramas arteriales de la pirámide basal y del segmento apicoposterior en un tiempo. Finalmente se secciona la cisura mayor de anterior a posterior con la técnica *fireless*. El posoperatorio cursa sin incidencias, se retira el drenaje el segundo día posoperatorio y el tercer día el paciente es dado de alta.

Discusión: La planificación quirúrgica multidisciplinar, en este caso con Radiología intervencionista, es un pilar fundamental en el manejo de casos excepcionales de cara a disminuir la presencia de posibles

complicaciones intraoperatorias de muy compleja solución. La toracoscopia asistida por robot resultó ser una técnica eficaz y segura en este caso dentro de la misma estrategia multidisciplinar.