



V-05 - LOBECTOMÍA SUPERIOR DERECHA POR HEMOPTISIS SECUNDARIA A MIGRACIÓN DE ELEMENTO HEMOSTÁTICO ENDOVASCULAR

Juan Camilo Vivas García, Joel Rosado, Pamela Peiro, Miquel Villanueva, Leticia Otero, Javier Pérez, Leire Sánchez, Fernando Ascanio y Albert Jáuregui

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Resumen

Introducción: La migración de elementos hemostáticos utilizados en el tratamiento endovascular es una complicación poco usual y representa una indicación quirúrgica aún más infrecuente en el tratamiento de la hemoptisis. Presentamos el caso de una lobectomía superior derecha indicada en paciente con hemoptisis recidivante, secundaria a migración arteriobronquial de elementos hemostáticos endovasculares.

Caso clínico: Varón de 73 años, antecedente de discapacidad parcial auditiva y del habla, hipertensión, diabetes, episodio de hemoptisis masiva en 2021 por aneurisma de rama de la arteria pulmonar del LSD, segmento apical, que requirió embolización. Acude a urgencias por nuevo episodio de hemoptisis, se realiza broncoscopia en la cual se evidencia elementos hemostáticos de embolización en tráquea distal que se prolonga hasta bronquio S1 derecho. La TC de tórax evidencia material de embolización en segmento apical de LSD que se prolonga hasta árbol bronquial. Prueba de función respiratoria no valorable por mala técnica (FEV₁ 58%). Gammagrafía pulmonar con disminución de la perfusión del lóbulo superior derecho. Se decide en conjunto con neumología y radiología, intervención quirúrgica lobectomía superior derecha que se realiza mediante abordaje robótico: Anestesia general, ventilación unipulmonar, abordaje derecho, colocación de 2 trocares de 8 mm y 2 trocares de 12 mm. Durante la cirugía, se aprecia LSD con adherencias firmes apicales y sobre ácigos que se libera con energía bipolar, disección y sección del tronco mediastínico con carga vascular, disección y sección de vena superior con carga vascular, sección de cisura con grapadora robótica cargas verdes, disección y apertura distal del bronquio del LSD con tijera robótica, objetivándose material de embolización endobronquial y extracción del mismo. Sección del muñón bronquial con grapadora robótica carga negra, extracción de la pieza por puerto anterior, colocación drenaje 24 FR por puerto de cámara, expansión pulmonar completa, cierre de puertos por planos. En el posoperatorio el paciente presenta buena evolución clínica, con retiro del drenaje pleural al 4.^º día y se da de alta cinco días después de la intervención quirúrgica. La anatomía patológica definitiva informa lóbulo pulmonar de 14 x 7 x 2 cm con bronquiectasias, retracción en superficie externa, en la que se identifica tumor carcinoide típico de 0,9 mm (no necrosis, 0 mitosis), ganglios linfáticos estación X y XI sin evidencia de infiltración neoplásica. Motivo por el cual se realiza seguimiento por Oncología médica.

Discusión: La resección anatómica pulmonar por hemoptisis debida a migración arteriobronquial

de elementos hemostáticos, es muy infrecuente y requiere de manejo multidisciplinario para seleccionar adecuadamente los pacientes tributarios de este tratamiento.