

UTILIZACIÓN DE ADHESIVO BRONQUIAL EN FÍSTULA BRONCOPLEURAL: Reporte de dos casos

Marcos Las Heras, Ana Montserrat Rivero, Ignacio Fernandez Ceballos, Manuel Tisminetzky, José Dianti, Graciela Svetliza, Sergio Giannasi, Eduardo San Román, José Rodríguez Gimenez

Introducción

La fístula broncopleural es una complicación potencialmente mortal y de las más temidas de la cirugía torácica. Su desarrollo está íntimamente relacionado con condiciones del paciente como edad, estado funcional respiratorio, estado nutricional, radioterapia y quimioterapia previa. Las fístulas se clasifican según su tiempo de aparición en precoces (7 a 10 días post cirugía) y tardías (más de 10 días); o según su magnitud en totales y parciales.

Caso 1

Paciente de 29 años de edad con politraumatismo secundario a colisión vehicular (auto-auto). Presentó traumatismo encéfalo craneano grave, traumatismo cerrado de tórax (hemo-neumotórax y contusión pulmonar) con requerimiento de colocación de tubos de avenamiento pleural bilateral; traumatismo cerrado de abdomen. Continuó con ventilación mecánica y a los 10 días de ocurrido el politraumatismo es derivada a nuestra institución.

Al ingreso presentaba absceso pulmonar derecho más empiema por lo que se realizó drenaje quirúrgico, lobectomía inferior derecha y traqueostomía.

A los 7 días de la lobectomía evoluciona con fístula aérea por herida quirúrgica de tubo de avenamiento pleural. Se realiza fibrobroncoscopia que muestra dehiscencia completa de anastomosis de bronquio inferior derecho. Se realiza decorticación pleural y reparación de dehiscencia con parche de músculo intercostal.

Evoluciona con pérdida aérea por tubo de avenamiento pleural. Nueva fibrobroncoscopia muestra dehiscencia parcial de sutura bronquial que impide la correcta ventilación.

Se realiza broncoscopia rígida para colocar parche con adhesivo en la sutura bronquial. Luego del procedimiento se evidencia ausencia de fuga aérea pleural, permitiendo la correcta

ventilación con la consiguiente mejoría de la mecánica pulmonar, oxigenación y radiografía de tórax.

Caso 2

Paciente mujer de 48 años de edad, con antecedente de neumonectomía derecha reciente por patología oncológica, evoluciona con fístula broncopleurales con fuga aérea persistente. Se decide realizar broncoscopia rígida, observándose dehiscencia parcial de la sutura bronquial por lo que se realiza colocación de parche con adhesivo bronquial, con buena respuesta al tratamiento bloqueando la pérdida aérea.

Discusión

La complejidad en el manejo de la fístula bronquiales requiere un manejo individualizado basado en las condiciones clínicas del paciente, el tiempo de aparición, el tamaño de la fístula y las comorbilidades asociadas. La intervención quirúrgica supone un gran riesgo por lo que las técnicas endoscópicas menos agresivas pueden ser una opción terapéutica. Entre las mismas, se describen diferentes opciones como catéteres bloqueadores, prótesis oclusivas de diferentes materiales y múltiples sustancias que se pueden utilizar para sellar el defecto de la sutura como adhesivos tisulares sintéticos, adhesivos de fibrina con colágeno dérmico, adhesivos tisulares de albúmina-glutaraldehído, esponjosa humana descalcificada y un sellador de fibrina.

Conclusiones

El cierre de fístula broncopleurales mediante técnicas broncoscópicas y con aplicación de un sellador pleural parece ser ventajoso ya que evita los riesgos asociados a una toracotomía, minimiza el impacto de la ventilación selectiva para dicho procedimiento y se puede realizar en la cama de un paciente críticamente enfermo.

Para más contenido de la **Fundación de Cuidados Críticos**
ingresá a

www.fcchi.org.ar