



TRATAMIENTO CON VÁLVULAS ENDOBRONQUIALES EN PACIENTES CON FUGA AÉREA PERSISTENTE

Laura Rodríguez Pons¹, Agnes Hernández Biette¹, Felipe Andreo García¹, Enrique Cases Viedma³, Carlos Martínez Barenys², Jose Sanz Santos¹, Raquel Martínez Tomás³, Carmen Ángela Centeno Clemente¹, Pedro E López de Castro Alujes², Juan Ruiz Manzano¹

¹Servicio de Neumología del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona

²Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona

³Servicio de Neumología del Hospital La Fe, Valencia

Germans Trias i Pujol
Hospital

INTRODUCCIÓN:

La colocación de válvulas endobronquiales (VEB) para el tratamiento de la fuga aérea persistente es una opción terapéutica que puede ser una buena alternativa, sobre todo para pacientes con alto riesgo quirúrgico.

OBJETIVO:

Analizar nuestra experiencia en el uso de VEB en pacientes con fístula alveolopleural.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Análisis retrospectivo multicéntrico de los pacientes evaluados por fuga aérea persistente para tratamiento con VEB, en dos hospitales de tercer nivel desde julio de 2013 a noviembre del 2015. El origen anatómico de la fuga aérea se trató de localizar mediante la oclusión bronquial selectiva de proximal a distal con un catéter tipo Fogarty durante la broncoscopia. Se midió el diámetro del bronquio y se determinó la válvula más adecuada.

RESULTADOS:

Se valoraron 8 pacientes para colocación de VEB.

Se trataron 5 debido a que en un caso no se pudo precisar el origen de la fuga, otro presentó mucosa bronquial de aspecto infiltrativo y un tercero evolucionó desfavorablemente.

Media de días de drenaje previos a la colocación de las VEB: 19.6 días.

Media de válvulas colocadas por paciente fue de 2, oscilando entre 1 y 3.

Mediana de tiempo que se mantuvieron las válvulas: 9,8 semanas.

En todos los pacientes se produjo desaparición completa de la fuga aérea.

No se produjeron complicaciones durante el procedimiento.

Ningún paciente requirió de cirugía posterior.

Caso 2: VEB



Complicación: tejido de granulación



Tabla 1: Causas de la fuga aérea

Causas de la fuga aérea	N población	%
Neumotórax espontáneo	2	40
Resección por cáncer de pulmón	2	40
Masa con necrosis fistulizada	1	20

Tabla 2 Datos demográficos pacientes tratados, n=5

Edad, m	64,6
Sexo varón, n (%)	5 (100)
FEV1, m	51.83
Saturación de oxígeno, m	91
EPOC con enfisema	3 (60)
Neoplasia de pulmón	4 (80)

Pre-tratamiento



Evolución radiológica caso 2: Post-tratamiento



Resultado final



Tabla 3: Características de las válvulas endobronquiales

Casos	Tipo de VEB	Número de VEB	Tamaño de las VEB	Localización de las VEB	Tiempo de drenaje post VEB	Tiempo hasta retirada de las VEB
1	Zephyr (EBV)	1	6	B. segmento anterior del LSI	30 días	105 días
2	Olympus (IBV)	3	6	B. segmento lateral, apicoposterior y anterior del LSD	16 días	77 días
3	Olympus (IBV)	3	6 y 7	B. segmentarios apical, posterior y anterior del LSD	12 días	52 días
4	Olympus (IBV)	2	6	B. segmento apical y posterior del LSI	2 días	40 días
5	Olympus (IBV)	2	6	B. segmento superior llingula	No disponemos	9 meses

CONCLUSIONES:

Las indicaciones principales para la utilización de VEB han sido el neumotórax espontáneo y la secundaria a aparición de fuga aérea persistente tras cirugía de resección pulmonar. El tratamiento de la fuga aérea persistente con VEB ha sido eficaz y seguro.