

Perforación traumática de arteria pulmonar Traumatic pulmonary artery perforation

Navarro-Guillamón, Laura¹, Vasserot-Vargas, Javier¹; Cárdenas-Cruz, Dolores Purificación²; Martínez-Escobar, Sergio¹; García-Ordoñez, Sofía¹; Cárdenas-Cruz, Antonio³.

¹Unidad de Medicina Intensiva. Hospital de Poniente, Almería. España

²Unidad de Urgencias. Hospital de Alta Resolución de Guadix. Granada. España

³Departamento de Medicina. Universidad de Granada. España

Resumen

El drenaje del espacio pleural es una técnica invasiva ampliamente extendida dentro del campo de la medicina intensiva, y como toda técnica invasiva no se encuentra exenta de riesgos. Llevada a cabo por primera vez por Hipócrates, es a partir del siglo XX cuando dicha técnica se hace rutinaria para el diagnóstico y tratamiento de aquellas situaciones en las que se produce acúmulo de aire, sangre, líquido o pus en el espacio pleural. Las causas más frecuentes son el traumatismo torácico, el neumotórax espontáneo y el derrame pleural (paraneumónico, postoperatorio, etc). Es importante conocer bien la técnica de inserción y las complicaciones más frecuentes derivadas de ella.

Abstract

The drainage of the pleural space is an invasive technique widely spread in the intensive care medicine, and as any invasive technique is not free of risks. Carried out for the first time by Hippocrates, it is from the XXth century when this technique becomes routine for diagnosis and treatment of those situations in which there are accumulations of air, blood, fluid or pus in the pleural space. The most frequent etiology will be chest trauma, spontaneous pneumothorax and pleural effusion (parapneumonic, postoperative, etc). It is important to know the technique of insertion and the most frequent complications derived from it.

Palabras clave: Derrame pleural; Drenaje pleural; Técnica de Seldinger; Perforación de arteria pulmonar.

Keywords: Pleural effusion; Pleural drainage; Seldinger technique; Pulmonary artery perforation.

INTRODUCCIÓN

Presentamos un caso de perforación de la arteria pulmonar como complicación secundaria a la colocación de un drenaje pleural mediante técnica de Seldinger. Se trata de una complicación poco frecuente pero grave y que precisa de diagnóstico y tratamiento emergente.

CASO CLÍNICO

Varón de 50 años de edad, con antecedentes de: ex consumidor de heroína, fumador de 30 cigarrillos/día y bebedor moderado. Presenta criterios de EPOC con disnea basal grado funcional II, sin diagnóstico establecido. En junio de 2017 comienza con clínica de dolor costal y ligero aumento de su disnea basal, por lo que acude a su centro de atención primaria donde se realiza radiografía de tórax en la que se aprecia aumento de densidad en base pulmonar derecha compatible con infiltrado neumónico con ligero derrame pleural asociado. Se pauta tratamiento domiciliario pero a pesar de ello la clínica persiste, aumentando progresivamente la disnea y asociando pérdida ponderal y astenia. Consulta nuevamente en Urgencias en diciembre de 2017 y en el control radiológico se observa

aumento del infiltrado parenquimatoso así como del derrame, que se cataloga en este caso de moderado-severo (Imagen 1).

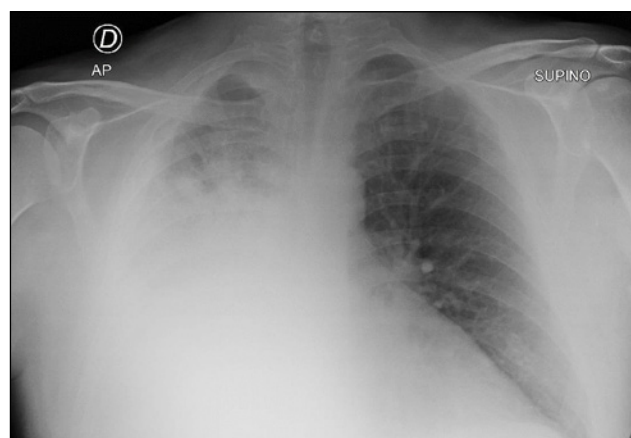


Figura 1. . Radiografía de tórax a su llegada a urgencias en la que se observa infiltrado parenquimatoso con derrame pleural moderado-severo derecho.

Dada la presencia de insuficiencia respiratoria grave, el paciente ingresa en la Unidad de Medicina Intensiva.

A su llegada a la Unidad se procede a drenaje del derrame pleural con colocación de pleurecath® de 12 french mediante técnica de Seldinger. Tras la inserción del catéter se produce salida masiva de 1.100 ml de contenido hemático, por lo que se decide clampaje del mismo y realización de prueba de imagen. En la TC (tomografía computerizada) se comprueba imágenes compatibles con un hemotórax derecho como consecuencia de una perforación traumática de la arteria pulmonar derecha. (Imagen 2).

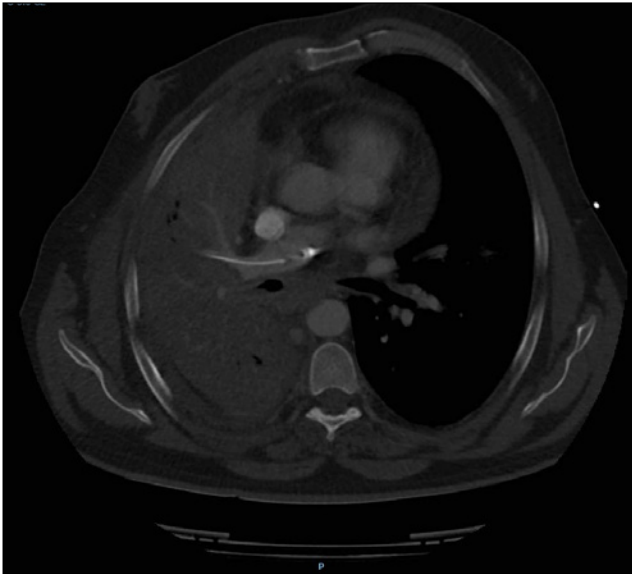


Figura 2. TC torácico con contraste en el que se aprecia drenaje pleural que atraviesa la arteria pulmonar derecha.

Manteniendo el sistema de drenaje torácico cerrado, evolutivamente el paciente se mantiene estable desde el punto de vista hemodinámico y respiratorio. Ante estos hallazgos se contacta con el Servicio de Cirugía Cardiovascular y Cirugía Torácica del Hospital de referencia y se procede a su traslado para valoración.

A su llegada al centro de referencia se realiza toracotomía lateral derecha a nivel de 6º espacio intercostal derecho. Se aprecia parénquima pulmonar muy adherido a la pleura parietal y de aspecto tumoral. Se procede a retirada del catéter, compresión digital del orificio de entrada y se deja drenaje de 20 Fr. Pasa a posteriormente a UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) en situación de estabilidad clínica. Se decide entonces realización de fibrobroncoscopia con toma de biopsia endobronquial. Se observan lesiones de aspecto neoplásico con criterios endoscópicos de irreseccabilidad. En dicha situación se traslada nuevamente a nuestro centro.

A su regreso se procede a extubación reglada y retirada del soporte hemodinámico permitiendo el traslado del paciente a planta de hospitalización y posteriormente es dado de alta domiciliaria. Se confirma el diagnóstico de adenocarcinoma, presentándose el caso en el Comité de Cáncer de pulmón y proponiéndose inicio de tratamiento quimioterápico.

DISCUSIÓN

La inserción de un catéter de drenaje pleural se trata de un procedimiento invasivo y generalmente seguro, pero nunca exento de complicaciones que debemos conocer. Se han descrito diferentes complicaciones derivadas del mismo: lesio-

nes pulmonares, diafragmáticas, de órganos intraabdominales, hemorragias por lesiones de vasos intercostales o incluso lesiones cardíacas y de la arteria pulmonar¹. Esta última está en mayor medida relacionada con la inserción mediante técnica de Seldinger y con la presencia de adherencias pleurales². Como primera orientación diagnóstica de dicha complicación tenemos la presencia del drenaje pleural que cruza la línea media en la placa de tórax y la salida de sangre fresca a través del drenaje³⁻⁵. Una vez confirmada la mal posición del mismo y/o sospecha de lesión de gran vaso el drenaje debe ser clampado y retirado en quirófano, reparando la posible lesión vascular. La perforación de la arteria pulmonar se trata de una complicación rara pero extremadamente grave de la colocación de drenaje pleural, que precisa de un diagnóstico precoz y tratamiento urgente dada la alta mortalidad que conlleva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tapias L, Tapias Vargas MA, Tapias Vargas L. Complicaciones de los tubos de tórax. *Rev Colomb Cir.* 2009;24:46-55.
2. Tinoco Carrasco C, Citores Pascual MA, Arenal Vera JJ et al. Complicación grave por inserción de Pleurecath. *Cir Esp*, 2016;94(Espec Congr):493
3. Jauregui A, Deu M, Persiva O. Perforación de la arteria pulmonar tras inserción de un drenaje torácico. *Cartas científicas /Arch Bronconeumol* 2016;52(11):565-572
4. Ciss Amadou G, Dieng Papa A, Ba Papa S et al. A case report of iatrogenic pulmonary artery injury due to chest tube insertion repaired under cardiopulmonary bypass. *Case Rep Med* 201. 590971
5. Rombola CA, Tomatis SB, Honguero Martinez AF, Leon Atance P. Paraneumonic pleural effusion. Accidental insertion of a chest tube into right pulmonary artery. *Eur J Cardiothorac Surg* 2008;34:903