



V-03 - MIGRACIÓN ARTERIOBRONQUIAL DE COIL TRAS EMBOLIZACIÓN DE PSEUDOANEURISMA: EXTRACCIÓN MEDIANTE ABORDAJE COMBINADO ENDOSCÓPICO Y QUIRÚRGICO

Ariadna Mundet Tudela, Cristian Gándara Castro, Gerardo Andrés Obeso Carillo, José Eduardo Rivo Vázquez, Jorge Quiroga Martínez, Álvaro Sánchez Calle y José María García Prim

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.

Resumen

Introducción: Los procedimientos vasculares intervencionistas percutáneos realizados en algunos casos de hemoptisis incluyen la embolización de arterias bronquiales, pulmonares o malformaciones arteriovenosas. Aunque se trata de técnicas mínimamente invasivas, seguras y efectivas, no están exentas de complicaciones. La migración errática de algún componente de los *coils*, es una complicación muy infrecuente, que puede producir a largo plazo clínica de tos, hemoptisis y sensación de cuerpo extraño. A día de hoy, existen muy pocos casos descritos en la literatura.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 44 años, que en el contexto de un síndrome mielodisplásico con progresión a leucemia mieloide aguda y aspergilosis invasiva, desarrolló dos pseudoaneurismas en arterias pulmonares segmentarias inferiores derechas. Tras presentar un episodio de tos incoercible y hemoptisis masiva, se procedió a embolizar dichos pseudoaneurismas mediante la colocación de *dos coils* metálicos por parte del departamento de radiología intervencionista. Cinco meses después, la paciente comenzó con clínica de tos, hemoptisis y sensación de cuerpo extraño en vía aérea. La tomografía computarizada reveló la presencia de una fístula arteriobronquial con migración y desintegración del *coil* desde uno de los pseudoaneurismas hasta la tráquea. Dichos hallazgos radiológicos se confirmaron mediante broncoscopia flexible. Para su tratamiento, se decidió realizar un abordaje secuencial en un mismo acto terapéutico, combinando una técnica endoscópica y quirúrgica. En primer lugar, a través de una broncoscopia rígida, se realizó la sección de la parte más distal del *coil* extrayendo el fragmento proximal del mismo. Con esta maniobra, se consiguió acortar la longitud del *coil* limitando éste al bronquio del lóbulo inferior derecho. A continuación, se realizó una lobectomía inferior derecha por vía toracoscópica a través de dos puertos, con sección secuencial de la vena, el bronquio y la arteria del lóbulo inferior derecho. En la pieza quirúrgica, se comprobó que el *coil* no estaba incluido en la sutura bronquial y sí distalmente a la sección.

Discusión: Una de las complicaciones secundarias a la colocación de *coils* intrapulmonares puede ser la migración a través de diferentes estructuras y formación de trayectos anómalos, entre los que se encuentra la fístula arteriobronquial. El abordaje terapéutico combinando una técnica endoscópica y quirúrgica es un opción factible, segura y eficaz. La broncoscopia rígida permite extraer de la vía aérea la parte más proximal del *coil* respecto a la sección bronquial y así evitar la

apertura manual intraoperatoria del bronquio para la retirada del mismo.