



V-15 - RESECCIÓN DE SECUESTRO PULMONAR INTRALOBAR GUIADO POR VERDE DE INDOCIANINA

Fernando Cózar Bernal, Marta López Porras, Patricia Carmona Soto, Julia González Fernández, Inmaculada Sabariego Arenas y Rafael Jiménez Merchán

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción: El secuestro pulmonar es una malformación congénita que consiste en la presencia de un tejido pulmonar no funcional y displásico. Se presenta aislado del árbol traqueobronquial y con una irrigación arterial sistémica. Representa la segunda malformación congénita pulmonar más frecuente, con una incidencia entre el 0,15-1,8% afectando principalmente a lóbulos inferiores, más predominante en el lado izquierdo. Suelen ser únicos y la variedad intralobar la más frecuente (75-80%). En los casos sintomáticos la cirugía es el tratamiento de elección. Tradicionalmente la lobectomía por toracotomía ha sido el tratamiento estándar pero las últimas publicaciones muestran la videotoracoscopia como una opción factible y segura en manos experimentadas. Nosotros presentamos una paciente a la que le administramos verde de indocianina (ICG) como método de marcaje del plano intersegmentario pulmonar y así realizar con mayor precisión una resección menor.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 48 años en seguimiento por Neumología debido a infecciones pulmonares de repetición, que en TAC de tórax es diagnosticada de secuestro pulmonar intralobar en lóbulo inferior derecho. En dichas pruebas de imagen, se identifica una rama arterial aberrante procedente de aorta abdominal. Se realiza la intervención quirúrgica llevando a cabo en primer lugar, el control de la rama arterial aberrante para su posterior sutura y sección con endograpadoras. Una vez interrumpido el aporte arterial del secuestro procedemos a la disección y clampado de la vena pulmonar inferior. De esta manera, se detiene el drenaje venoso y conseguimos dejar totalmente aislado de la circulación sistémica al secuestro. Procedemos a la inyección por vía periférica de 5 ml de ICG y activamos el modo infrarrojo permitiéndonos delimitar con mayor exactitud el límite parenquimatoso entre el tejido displásico y el parénquima sano, procediendo a realizar una resección pulmonar menor. El posoperatorio cursó sin incidentes con retirada del drenaje pleural y alta hospitalaria a las 48 horas. Tras 18 meses de seguimiento la paciente continúa asintomática y con controles radiológicos sin imágenes patológicas.

Discusión: La cirugía de resección pulmonar sigue siendo el tratamiento estándar de los secuestros pulmonares, indicada en pacientes sintomáticos. En pacientes asintomáticos se discute sobre la indicación de esta, si bien una actuación precoz disminuirá las posibles complicaciones y permitirá que, en caso de llevarse a cabo la cirugía, la resección pulmonar sea lo más económica posible. El punto crucial de la cirugía radica en la identificación del vaso o vasos arteriales aberrantes para su

correcta ligadura. Una vez controlado este paso, generalmente se completa la lobectomía (*gold estándar*). La segmentectomía no se ha estandarizado sobre la lobectomía por la dificultad para identificar la frontera entre el secuestro y el parénquima sano. Con el desarrollo de las nuevas tecnologías para la delimitación del plano intersegmentario en las resecciones sublobares, como es la inyección sistémica de verde de indocianina (ICG), la segmentectomía se postula como una opción terapéutica eficaz para esta patología benigna.