



## V-07 - TRANSPOSICIÓN DE OMENTO PARA OCUPACIÓN DE CAVIDAD PLEURAL Y COBERTURA DE MUÑÓN BRONQUIAL TRAS LOBECTOMÍA POR NEUMONÍA NECROTIZANTE Y EMPIEMA

*Leandro Grando, Xavier Michavila, Xavier Morales, Ignacio Gil, Néstor Quiroga, Carlos Guerrero, Pablo Paglialunga, Laureano Molins López-Rodó y David Sánchez-Lorente*

*Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.*

### Resumen

**Introducción:** La utilización de colgajos vascularizados y pediculados para el tratamiento de cavidades infectadas y como protección de fistulas bronquiales han sido ampliamente estudiados. Presentamos el caso en el que el tratamiento con antibióticos dirigidos, fibrinolíticos intrapleurales y desbridamiento quirúrgico no fueron suficientes para la resolución de una neumonía necrotizante abscesificada a cavidad pleural.

**Caso clínico:** Se trata de un paciente indigente de 32 años, enolismo diario sin poder especificar la cantidad, con policonsultas a urgencias por agresividad en contexto de intoxicación alcohólica aguda. Por cuadro de disnea severa y síndrome febril es diagnosticado de neumonía multilobar complicada con abscesificación del lóbulo inferior izquierdo y empiema, insuficiencia respiratoria aguda con intubación prolongada, shock séptico e inestabilidad hemodinámica con necesidad de DVA. Se inició tratamiento con drenaje pleural y fibrinolíticos, sin mejoría clínico-radiológica y con fistulización del empiema a pared torácica, por lo que requirió desbridamiento quirúrgico, decorticación pleural de lóbulo superior izquierdo y drenaje de absceso intrapulmonar dejando tubo de tórax en su interior. Tras mejoría clínica en las semanas siguientes el paciente fue decanulado, manteniéndose afebril, y siendo trasladado a sala de hospitalización. Control radiológico con mejoría de neumonía pero residualmente destrucción de lóbulo inferior izquierdo sin posibilidad de recuperación. Tras evaluación se procedió a realizar 1) lobectomía inferior izquierda con desbridamiento de cavidad pleural por retoracotomía, 2) la transposición de omento mayor (por laparoscopia) hacia la cavidad pleural, y 3) anclaje del omento a muñón bronquial y cisura pulmonar, así como ocupación de cavidad pleural infectada. El paciente realizó un posoperatorio sin incidencias, con fuga aérea autolimitada y control radiológico que mostró ocupación de la cavidad por el omento.

**Discusión:** La omentoplastia es la técnica de elección en cavidades extensamente infectadas y como cobertura de muñones con riesgo de fístula. En cavidades muy grandes puede asociarse a toracoplastia para reducir la cavidad. La laparoscopia es un abordaje mínimamente invasivo que permite asimismo la apertura del diafragma para la trasposición del omento a la cavidad pleural. Nuestro caso clínico es un ejemplo de estas aplicaciones.