

CASO CLÍNICO

Broncoscopia
intervencionista
con broncoscopio
de un solo uso

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LIPOMA EN DOBROBRONQUIAL CON ARGÓN-PLASMA

Dr. CAYO GARCÍA POLO

Unidad de Neumología y Alergología - Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

HISTORIA DEL PACIENTE

Paciente de 56 años de edad, fumador, con ingreso hospitalario por neumonía de LII (fig. 1). En RX de tórax de control post hospitalización se aprecia imagen de atelectasia de llingula (fig. 2), con TAC torácico que informa de atelectasia a nivel de llingula, con ocupación de dicho bronquio por una lesión de densidad grasa (fig. 3). La broncoscopia diagnóstica muestra una lesión de aspecto pediculado que obstruye por completo la entrada del bronquio lingular (fig. 4). La biopsia de dicha lesión es de lipoma. Se propone para resección endoscópica mediante coagulación por argón-plasma.

PROCEDIMIENTO

El procedimiento se realizó en quirófano, con intubación mediante broncoscopio rígido EFER-DUMON. A través del traqueoscopio, se trabaja con el fibrobroncoscopio de un solo uso ([Ambu® aScope™ 5 Broncho HD 5.6/2.8](#)). La primera visión de la lesión (fig. 5) pone de manifiesto una lesión que sobresale del bronquio de la llingula de aspecto amarillento. A continuación, se comienza a aplicar coagulación con argón-plasma (APC) con dispositivo Erbe® ICC 350 con módulo de APC 300, de manera que la lesión se va coagulando y retirando mediante pinza de biopsia bronquial y cestilla de Dormia para cuerpos extraños (fig. 6). Tras recanalizar la porción proximal del bronquio lingular, se aprecia como la lesión polipoidea proviene del segmento superior, quedando permeable el inferior (fig. 7). A continuación, se sigue aplicando APC a nivel segmentario y retirando porciones de tumor hasta liberar casi en su totalidad el bronquio superior (fig. 8). En revisiones posteriores a los meses 1 y 3 postprocedimiento, el paciente no tiene clínica respiratoria, no se objetiva la atelectasia de llingula previa y endoscópicamente el bronquio de la llingula permanece permeable con mínima estenosis del segmentario superior.

CONCLUSIÓN

La resección endoscópica de un tumor benigno endobronquial a nivel segmentario y subsegmentario mediante coagulación con argón-plasma resultó ser una técnica segura y efectiva, sin complicaciones a nivel de árbol bronquial distal. El uso de un broncoscopio Ambu® a Scope™ 5 a través del traqueoscopio permitió acceder con la sonda de APC y pinzas de biopsia hasta nivel segmentario y subsegmentario, en parte gracias a su anillo de rotación.

