

MATERIAL ADICIONAL



Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.24875/RECIC.M22000315>.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vandenbrielle C, Balthazar T, Wilson J, et al. Left Impella-device as bridge from cardiogenic shock with acute, severe mitral regurgitation to MitraClip-procedure: a new option for critically ill patients. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*. 2021;10:415-421.
2. McDonagh T, Metra M, Adamo M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2021;42:3599-3726.
3. Estévez-Loureiro R, Shuvy M, Taramasso M, et al. Use of MitraClip for mitral valve repair in patients with acute mitral regurgitation following acute myocardial infarction: Effect of cardiogenic shock on outcomes (IREMMI Registry). *Catheter Cardiovasc Interv*. 2021;97:1259-1267.

<https://doi.org/10.24875/RECIC.M22000320>

Hemoptisis masiva. Embolización selectiva de fístula de arteria bronquial a arteria pulmonar izquierda



Massive hemoptysis. Selective embolization of bronchial artery-left pulmonary artery fistula

Federico Liberman^{a,*}, Nicolás Zaderenko^a, Guillermo Pacheco^a, Juan Pablo Casas^b y José Lugones^c

^a Servicio de Cardiología, Unidad Cardiovascular, Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina

^b Servicio de Neumonología, Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina

^c Servicio de Diagnóstico por Imágenes, Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.24875/RECIC.M22000321>

<https://doi.org/10.24875/RECIC.M22000322>

PRESENTACIÓN DEL CASO

La hemoptisis es la expectoración subglótica de sangre procedente de las vías respiratorias. La mayoría de las hemoptisis masivas se originan en las arterias bronquiales (90%) y tienden a ser más significativas por la presión sistémica de estas. El mecanismo es por la ruptura del retículo hipervascularizado y la dilatación vascular como respuesta a sustancias liberadas en el proceso inflamatorio. Se trata de una condición clínica con elevada morbimortalidad, cuyos rápido reconocimiento y oportuno tratamiento son cruciales.

Se presenta el caso de una mujer de 73 años con antecedente de cáncer de mama que consultó en el departamento de emergencias por hemoptisis masiva de inicio súbito. Ingresó en la unidad de cuidados intensivos con frecuencia cardiaca de 122 latidos por minuto, presión arterial de 78/45 mmHg y saturación de oxígeno del 82% con máscara de reservorio a alto flujo. Se decidió realizar intubación orotraqueal de urgencia y asistencia ventilatoria mecánica. Ante la inestabilidad hemodinámica se inició la infusión de vasopresores en dosis ascendente hasta lograr una presión arterial media de 60 mmHg con noradrenalina 0,3 µg/kg/min. En el análisis de laboratorio se evidenciaron hemoglobina 7,5 g/dl, hematocrito 21%, PaO₂ 62% e hiperlactacidemia. Se realizó una transfusión de 2 unidades de glóbulos rojos y fue trasladada a la sala de tomografía computarizada. Se observó una fístula de la arteria bronquial izquierda hacia la rama superior de la arteria pulmonar izquierda, con imagen compatible con hemorragia alveolar que comprometía todos los lóbulos de ambos campos pulmonares (figura 1). Además, se visualizó la ocupación del bronquio fuente izquierdo y de ramas del lóbulo inferior y superior por material denso sugestivo de coágulos hemáticos, debido a su elevada densidad espontánea (figura 2). Ante la presentación clínica y las características de las imágenes de tomografía computarizada se decidió realizar intubación selectiva bronquial derecha y el traslado inmediato de la paciente a la sala de hemodinámica para embolización endovascular.

La paciente ha otorgado su consentimiento informado para la publicación de este artículo.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: libermanfederico@gmail.com (F. Liberman).

X @Fedeliberman; @NZaderenko

Online el 21 de febrero de 2023.

2604-7306 / © 2022 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Permanyer Publications. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND 4.0.

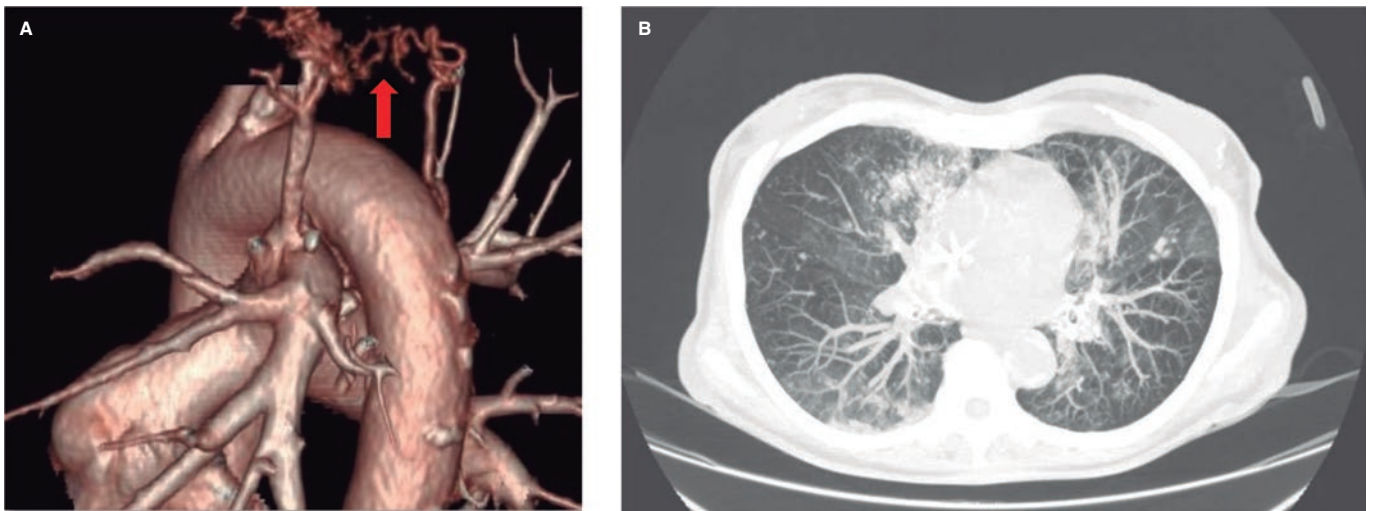


Figura 1. Tomografía computarizada al ingreso. **A:** reconstrucción 3D en la que se visualiza la fístula arterio-arterial desde la rama de la arteria pulmonar hacia la arteria bronquial. **B:** corte axial que muestra una imagen compatible con hemorragia alveolar bilateral.

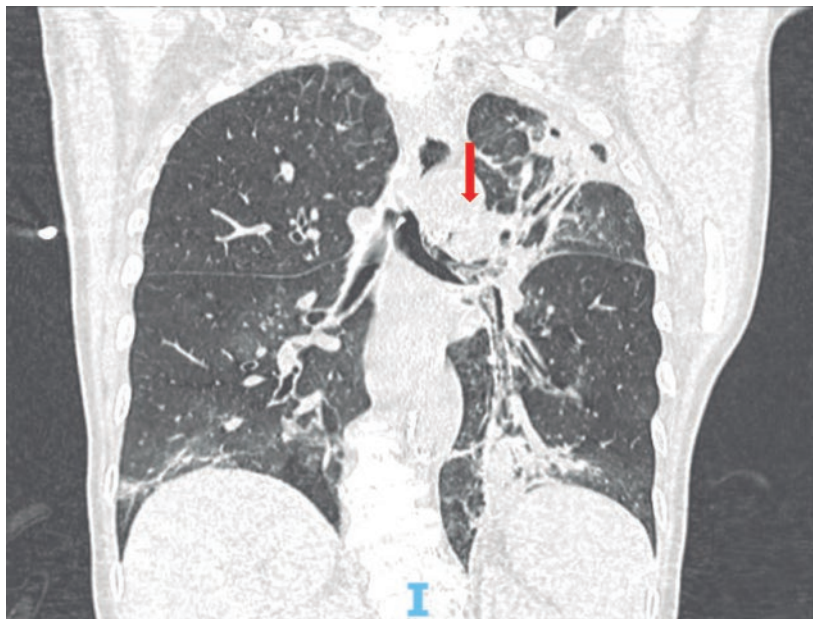


Figura 2. Tomografía computarizada al ingreso. Corte coronal en el que se observa el bronquio fuente izquierdo ocupado por coágulos.

FINANCIACIÓN

El presente trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

F. Liberman ha participado en la redacción y la corrección del manuscrito. N. Zaderenko, J.P. Casas y G. Pacheco han participado en la asistencia directa de la paciente, en la redacción y en la supervisión del artículo. J. Lugones ha participado en la supervisión del texto y ha aportado la iconografía.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.