

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Jani PA, Banjan D. A case of sinus histiocytosis with massive lymphadenopathy (Rosai-Dorfman syndrome) from Western India. *McGill J Med.* 2008;11:156-9.
- Shi SS, Sun YT, Guo L. Rosai-Dorfman disease of lung: a case report and review of the literatures. *Chin Med J (Engl).* 2009;122:873-4.
- Friedman MJ, Rossoff LJ, Aftalion B, Khan A, Decker R, Steinberg H. Sinus histiocytosis presenting as a mediastinal mass. *Chest.* 1984;86:266-7.
- Costa AL, Silva NO, Motta MP, Athanazio RA, Athanazio DA, Athanazio PR. Soft tissue Rosai-Dorfman disease of the posterior mediastinum. *J Bras Pneumol.* 2009;35:717-20.
- Hida AI, Yagi S, Obase Y, Nishimura H, Akiyama T, Irei I, et al. Rosai-Dorfman disease presenting as a solitary mediastinal mass. *Pathol Int.* 2009;59:265-8.
- Cunha BA, Durie N, Selbs E, Pherez F. Fever of unknown origin (FUO) due to Rosai-Dorfman disease with mediastinal adenopathy mimicking lymphoma: Diagnostic importance of elevated serum ferritin levels and polyclonal gammopathy. *Heart Lung.* 2009;38:83-8.

Tevfik Ozlu^a, Yilmaz Bulbul^{a,*} y Mehmet Muharrem Erol^b

^a *Department of Chest Diseases, Karadeniz Technical University, School of Medicine, Trabzon, Turquía*

^b *Department of Thoracic Surgery, Karadeniz Technical University, School of Medicine, Trabzon, Turquía*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: bulbulyilmaz@yahoo.com (Y. Bulbul).

doi:10.1016/j.arbres.2010.10.010

Hemoptisis como forma de presentación de estenosis de las venas pulmonares secundaria a ablación por radiofrecuencia de la fibrilación auricular

Haemoptysis as a First Sign of Pulmonary Venous Stenosis Secondary to Radiofrequency Ablation of Atrial Fibrillation

Sr. Director:

Presentamos dos casos clínicos, ambos varones de mediana edad, que consultaron por esputos hemoptoicos persistentes y disnea a grandes esfuerzos. Como antecedentes personales, destacar que ambos eran ex fumadores y habían sido diagnosticados de fibrilación auricular paroxística, siendo sometidos a una ablación circunferencial de venas pulmonares en aurícula izquierda tras fracaso del tratamiento farmacológico.

Los pacientes presentaban una exploración física anodina. En cuanto a las pruebas complementarias en el primero de los casos se visualizó tanto en radiografía PA y L de tórax como en tomografía computarizada de tórax con contraste (TAC c/c) diversos infiltrados alveolares en diferentes localizaciones del parénquima pulmonar, confluentes en algunas zonas, cambiantes en el tiempo. Al mantenerse la sintomatología de forma persistente y ante la ausencia de diagnóstico etiológico, se solicitó una angiogramografía de venas pulmonares, en la cual se objetivó una amputación completa de la luz de la vena pulmonar superior izquierda, manteniéndose el confluente venoso superior derecho con diámetro normal. Los confluente venosos inferiores derecho e izquierdo presentaban un diámetro reducido a la altura del ostium (fig. 1). Ante el diagnóstico de estenosis de venas pulmonares se derivó al paciente al servicio de Hemodinámica, donde se le realizó una angioplastia con balón a nivel de la oclusión de la vena pulmonar superior izquierda.

El segundo paciente debutó con una hemoptisis masiva, por lo que se sometió a intervención quirúrgica urgente, realizándose una lobectomía superior izquierda, con buena evolución postoperatoria. Al mes fue revisado en nuestras consultas, desde donde

se solicitó un angio-TAC de control, y donde se observó estenosis severa corta del ostium de la vena pulmonar inferior izquierda, con realce tenue y retardado del trayecto venoso previo. Ante el diagnóstico de estenosis de venas pulmonares se derivó al paciente al servicio de Hemodinámica, donde tras ser valorado, se le realizó implantación de un *stent* en la vena pulmonar inferior izquierda de forma exitosa, con buena evolución clínica hasta el día de hoy.

Discusión

La estenosis de venas pulmonares es una patología poco desarrollada en cuanto a su diagnóstico y su actuación terapéutica¹. La ausencia de sintomatología es lo más característico. En aquellos pacientes sintomáticos, lo más prevalente es que debuten con disnea de esfuerzo, o como cuadros catarrales persistentes, siendo poco frecuente la hemoptisis². En cuanto a los hallazgos radiológicos, no existe un patrón específico de esta patología³. Por todas estas razones, es una patología que suele estar infradiagnosticada.

La prueba de imagen diagnóstica es la angiografía pulmonar⁴, pero es una prueba muy específica, de ahí la gran cantidad de casos que no llegan a ser diagnosticados.

El tratamiento definitivo consiste en conseguir la recanalización del segmento estenosado⁵. Para ello, se puede realizar la dilatación con balón, como se hizo en el primer caso, siendo este un método más conservador, con menor riesgo quirúrgico pero con mayor riesgo de recidiva. Otra alternativa terapéutica es la implantación de un *stent* en el territorio de la oclusión del vaso, como se realizó en el segundo caso. Es un método eficaz, con menor riesgo de recurrencia pero con mayor tasa de complicaciones. Hoy día, cada vez es más utilizada la ablación transcáteter como procedimiento terapéutico en pacientes con fibrilación auricular crónica sintomática. Actualmente es cuando se está tomando consideración de esta patología, siendo desde el punto de vista cardiológico la prevención mediante la perfección de la técnica el punto más importante. Desde el punto de vista neumológico es primordial tener conciencia de esta patología para realizar un diagnóstico correcto y precoz⁶.

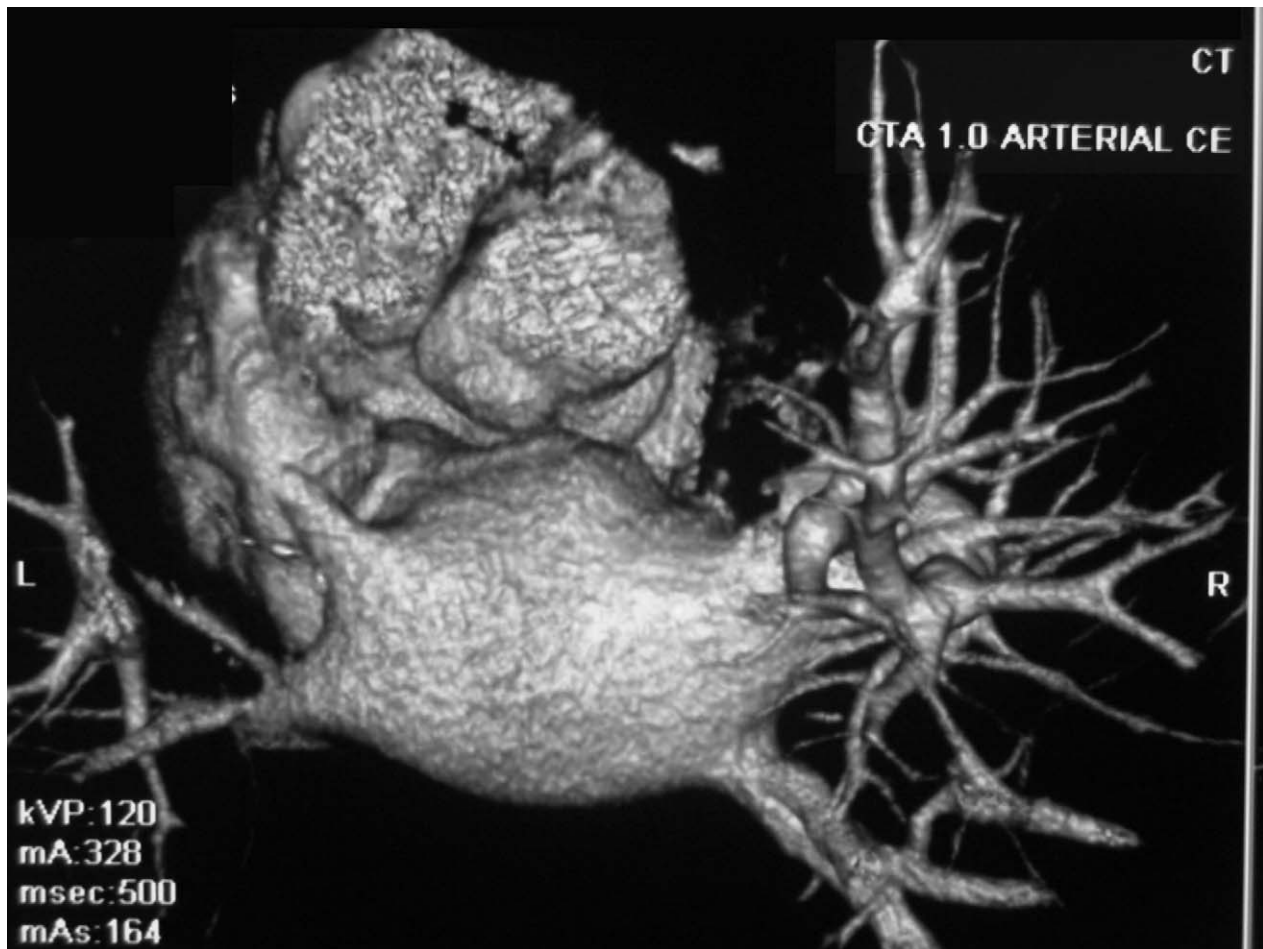


Figura 1. Angiotomografía de venas pulmonares: se observa una amputación completa de la luz de la vena pulmonar superior izquierda, manteniéndose el confluente venoso superior derecho con diámetro normal. Los confluente venosos inferiores derecho e izquierdo presentaban un diámetro reducido a la altura del ostium.

Bibliografía

1. Nehra D, Liberman M, Vagefi PA, Evans N, Inglessis I, Kradin RL, et al. Complete pulmonary venous occlusion after radiofrequency ablation for atrial fibrillation. *Ann Thorac Surg.* 2009;87:292-5.
2. Holmes Jr DR, Monahan KH, Packer D. Pulmonary vein stenosis complicating ablation for atrial fibrillation: clinical spectrum and interventional considerations. *JACC Cardiovasc Interv.* 2009;2:267-76.
3. Packer DL, Keelan P, Munger TM, Breen JF, Asirvatham S, Peterson LA, et al. Clinical presentation, investigation, and management of pulmonary vein stenosis complicating ablation for atrial fibrillation. *Circulation.* 2005;111:546-54.
4. Sigurdsson G, Troughton RW, Xu XF, Salazar HP, Wazni OM, Grimm RA, et al. Detection of pulmonary vein stenosis by transesophageal echocardiography: comparison with multidetector computed tomography. *Am Heart J.* 2007;153:800-6.
5. Tintera J, Porod V, Cihák R, Mlcochová H, Rolencová E, Fendrych P, et al. Assessment of pulmonary venous stenosis after radiofrequency catheter ablation for atrial fibrillation by magnetic resonance angiography. *Eur Radiol.* 2006;16:2757-67.
6. Erns S, Ouyang F, Goya M, Löber F, Schneider C, Hoffman-Riem M, et al. Total pulmonary vein occlusion as a consequence of catheter ablation for atrial fibrillation mimicking primary lung disease. *J Cardiovasc Electrophysiol.* 2003;14:366-70.

Carmen Calero Acuña* y Teresa Elías Hernández

Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carmencalero@neumosur.net
(C. Calero Acuña).

doi:10.1016/j.arbres.2010.09.015