



0 - Complicaciones postneumonectomía

T. M. Guijo Hernández¹, J. Leal Tellez², C. Sánchez de la Orden³, A. Rodríguez Benítez⁴, E.-M. Heursen⁵, M. Valdés Anastasio⁶

¹Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España. ²Hospital Puerta del Mar, Cádiz, España. ³Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz, Unidad de Diagnóstico por Imagen, Cádiz, España. ⁴H.U. Puerta del Mar, Cádiz, España. ⁵Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España. ⁶Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz, Cádiz, España.

Resumen

Objetivo docente: La cirugía de resección pulmonar constituye una de los tratamientos fundamentales en el cáncer de pulmón. El radiólogo debe conocer la evolución habitual de la imagen radiológica tras la resección pulmonar completa o parcial para identificar de forma precoz las complicaciones derivadas del procedimiento quirúrgico

Revisión del tema: ¿Cuáles son las técnicas quirúrgicas? Neumonectomía total, resección limitada, lobectomía en manga. ¿Cómo evoluciona la cavidad de neumonectomía total? Inicialmente el hemitórax intervenido contiene aire, tráquea en línea media, enfisema subcutáneo leve. Al 5º día la cavidad contiene 1/2 aire/ 1/2 fluido serosanguíneo, mediastino comienza a girar y el diafragma se eleva. ? 1 semana la cavidad tiene más líquido que aire. Seis meses: la opacificación del hemitórax es completa. Modificaciones en esta secuencia sugieren patología: aire excesivo sospecha de neumotórax-fistula broncopleural; exceso de líquido = derrame/empieza. Complicaciones: Hemotórax: derrame con áreas de alta atenuación; nivel fluido-hematocrito. Cuando coagula aéreas loculadas y bolas de fibrina. Fuga aérea persistente: neumotórax persistente, neumomediastino o enfisema subcutáneo más allá del 4/5º día postop. Fistula broncopleural: incremento espacio aéreo intrapleural/cavidad; cambios nivel hidroaéreo preexistente ? > 2 cm nivel líquido; neumotórax a tensión; reaparición nivel líquido; mediastino vuelve a la posición previa. Empieza: reaparición niveles hidroaéreos, derrame y engrosamiento pleural que realza. Fistula esófago pleural: empieza crónico. Esofagograma: paso de contraste a pleura. Dehiscencia: defecto en la pared, aire rodeando la anastomosis. Otras: edema pulmonar, síndrome postneumonectomía, herniación cardiaca, torsión pulmonar, atelectasia, neumonía.

Conclusiones: Revisar radiografías previas y vigilar cambios en la cavidad de neumonectomía. La persistencia del enfisema postcirugía y neumotórax sugieren fistula broncopleural. Si existe empieza crónico valorar fistulas y recurrencia mediastínica