



## Cartas científicas

# Torsión lobar superior izquierda tras una lobectomía inferior videoasistida



## Left upper lobar torsion after video-assisted thoracoscopic lower lobectomy

La torsión lobar pulmonar postoperatoria es una entidad rara, con una incidencia entre el 0,09 y el 0,3%<sup>1</sup>. Ocurre con mayor frecuencia tras lobectomías superiores (74,4%), siendo el lóbulo medio el más vulnerable a la torsión (29,4%)<sup>2</sup>. La rotación del pedículo lobar produce una oclusión venosa, con la consiguiente trombosis de la misma e infarto hemorrágico. Por tanto, el diagnóstico precoz es de vital importancia<sup>3</sup>. Se presenta el caso de una torsión lobar superior izquierda tras una lobectomía inferior izquierda reglada, que precisó de toracotomía urgente y lobectomía.

Se trata de una mujer de 72 años, hipertensa, sin hábitos tóxicos, diagnosticada de neoplasia de mama que se trató, mediante mastectomía izquierda, 25 años antes. La tomografía computarizada (TC) preoperatoria mostró una masa pulmonar de 5,5 × 3,8 cm en los segmentos superior y póstero-basal del lóbulo inferior izquierdo (LII). La broncoscopia reveló una lesión de aspecto tumoral en la entrada del bronquio del segmento superior del LII. La biopsia transbronquial fue compatible con adenocarcinoma primario de pulmón. Tras el estudio de extensión con PET/TC se estadificó como cT2bN0M0.

Se practicó una lobectomía inferior izquierda reglada, y linfadenectomía sistemática mediante cirugía torácica videoasistida (VATS) con 2 puertas de entrada. El postoperatorio inmediato transcurrió de forma satisfactoria. La radiografía simple de tórax, a las 24 h, no mostró hallazgos destacables (fig. 1A). El segundo día postoperatorio, la paciente desarrolló un cuadro de malestar general y hemoptisis. No se presentaron datos clínicos ni analíticos de insuficiencia respiratoria o proceso infeccioso. El drenaje pleural fue de características serohemáticas con un débito de 500 ml/24 h durante los 2 primeros días postoperatorios. Se detectó anemia progresiva durante este periodo de tiempo que precisó la transfusión de 2 concentrados de hemáties. En la radiografía simple de tórax, a las 48 h de la intervención, se observó una condensación en el lóbulo superior izquierdo (LSI) y defecto de reexpansión (fig. 1B).

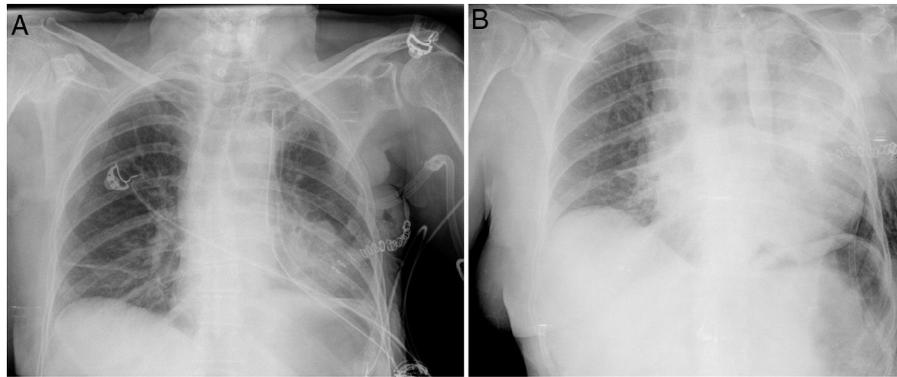
Ante la sospecha de torsión lobar, se realizó una TC que mostró una extensa afectación pulmonar izquierda difusa constituida por áreas de consolidación, vidrio esmerilado y engrosamientos septales en relación con edema o hemorragia pulmonar, así como ausencia de relleno del árbol arterial y venoso pulmonar izquierdo, sugestivo de devascularización. Se observó, también, un aflamamiento brusco con oclusión completa de la arteria pulmonar izquierda y vena pulmonar superior ipsilateral, en proximidad del bronquio izquierdo, con realce tardío de vasculatura pulmonar en posición invertida, lo que sugirió una probable torsión del LSI (fig. 2A).

Con dicho diagnóstico clínico-radiológico se practicó una toracotomía axilar que confirmó una torsión lobar de 180° en sentido anti-horario (lígula hacia el vértice y ápex en receso póstero-inferior). Se detorsionó el lóbulo, mostrándose hepaticado e inviable, por lo que se completó la neumonectomía y se realizó una plastia del muñón bronquial con grasa pericárdica (fig. 2B). En el postoperatorio inmediato la paciente presentó un episodio de fibrilación auricular paroxística con buena evolución tras reversión farmacológica. Fue dada de alta al noveno día del postoperatorio de la reintervención.

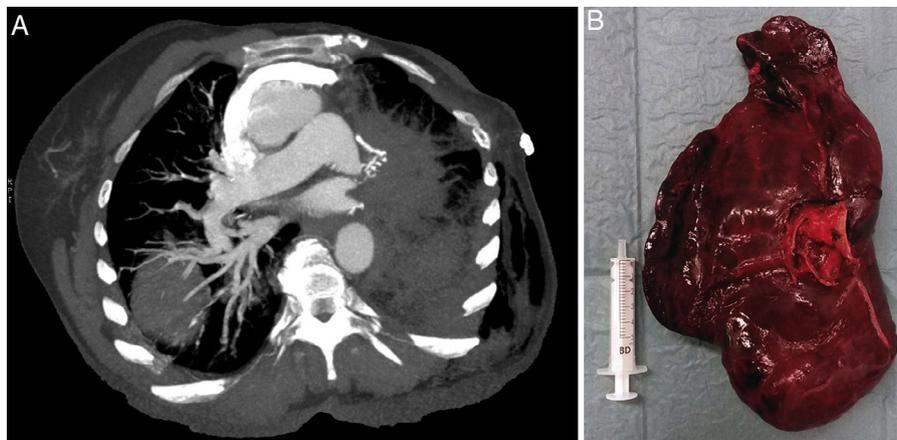
La torsión lobar es una entidad infrecuente, que en el 70% de los casos ocurre tras una lobectomía superior derecha<sup>3</sup>. En un estudio de 7.889 pacientes a los que se les realizó resección pulmonar electiva, se diagnosticaron solo 2 casos de torsión lobar superior izquierda<sup>4</sup>.

La torsión más frecuente es de 180° en sentido horario. Una rotación de más de 180° o angulación del pedículo produce una obstrucción aguda del bronquio, arteria pulmonar y vena que induce atelectasia, infarto y necrosis pulmonar<sup>4,5</sup>.

Como factores predisponentes descritos previamente<sup>3,4,6</sup>, destacan la presencia de una fisura interlobar completa, hilio lobar estrecho, ausencia de adhesiones con otras estructuras, atelectasia o insuficiente reexpansión pulmonar, existencia de neumotórax o derrame pleural y sección del ligamento pulmonar inferior. En el caso presentado, creemos que entre



**Figura 1 – A) Rx simple de tórax a las 24 h de la intervención. B) Rx simple de tórax con condensación en el lóbulo superior izquierdo a las 48 h de la intervención.**



**Figura 2 – A) TC de tórax con datos de torsión lobar izquierda. B) Lóbulo pulmonar superior izquierdo hepatizado.**

las causas que precipitaron la torsión se encuentran la laxitud del pedículo y un lóbulo pulmonar pequeño.

Los hallazgos clínicos varían desde pacientes asintomáticos en los estadios iniciales, hasta deterioro progresivo y fatal con disnea súbita, insuficiencia respiratoria aguda, hemoptisis y dolor torácico<sup>3,4,7</sup>. La radiografía simple de tórax en los primeros días postoperatorios identifica signos como opacificación de un lóbulo o atrapamiento aéreo<sup>3</sup>. La TC permite el diagnóstico preciso de la torsión lobar superior izquierda en los momentos iniciales del proceso. La broncoscopia mostrará una estenosis extrínseca u obstrucción bronquial<sup>3,4</sup>.

En general, el tratamiento de elección de la torsión lobar es la lobectomía mediante toracotomía<sup>1</sup>. En casos de torsiones menores de 180° con obstrucción incompleta del pedículo, la detorsión y preservación lobar es controvertida<sup>5</sup>. Se han publicado casos de accidente cerebrovascular tras la detorsión del lóbulo pulmonar afecto. Por tanto, hay autores que recomiendan la resección lobar para prevenir posibles embolismos<sup>6,8</sup>.

El diagnóstico precoz de la torsión pulmonar es de vital importancia. Es necesario tener un alto índice de sospecha, y valorar la utilidad de realizar radiografía de tórax de forma sistemática en los primeros días postoperatorios.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sung HK, Kim HK, Choi YH. Re-thoracoscopic surgery for middle lobe torsion after right upper lobectomy. *Eur J Cardiothoracic Surg.* 2012;42:582-3.
2. Dai F, Xie D, Wang H, He W, Zhou Y, Hernández-Arenas LA, et al. Predictors of survival in lung torsion: A systematic review and pooled analysis. *J Thorac Cardiovas Surg.* 2016;152:737-45. e3.
3. Mateo Cerdán CM, García Verdún F, Cuartero del Pozo AB, de Capadocia Rosell J, Greronimo Pardo M. Torsión pulmonar como complicación de una lobectomía pulmonar, descripción de dos casos. *Rev Esp Anestesiología Reanim.* 2010;57:245-9.
4. Apostolakis E, Koletsis EN, Panagopoulos N, Prokakis C, Dougenis D. Fatal stroke completion pneumonectomy for torsion of left upper lobe following left lower lobectomy. *J Cardiothoracic Surg.* 2006;1:25.
5. Sakai M, Kurimori K, Saeki Y, Kitazawa S, Kobayashi K, Iguchi K, et al. Video-assisted thoracoscopic conservative repair of postoperative lobar torsion. *Ann Thorac Surg.* 2014;98:e119-21.
6. Eguchi T, Kato K, Shiina T, Kondo R, Yoshida K, Amano J. Pulmonary torsion of the lingula following a segmentectomy of the left upper division. *Gen Thorac Cardiovasc Surg.* 2008;56:505-8.

7. Demir A, Akin H, Olcmen A, Melek H, Dincer SI. Lobar torsion after pulmonary resection; report of two cases. *Ann Thorac Cardiovasc Surg.* 2006;12:63-5.
8. Kanemitsu S, Tanaka K, Suzuki H, Tokui T, Kinoshita T. Pulmonary torsion following right upper lobectomy. *Ann Thorac Cardiovasc Surg.* 2006;12:417-9.

María Teresa Moreno Asencio<sup>a\*</sup>, Eduardo Rivo Vázquez<sup>b</sup>, Jorge Quiroga Martínez<sup>b</sup>, Milagros Moldes Rodríguez<sup>b</sup> y Jose María García Prim<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Policlínico POVISA, Vigo, Pontevedra, España

<sup>b</sup>Cirugía Torácica, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mtma\\_87@yahoo.es](mailto:mtma_87@yahoo.es)

(M.T. Moreno Asencio).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2016.11.003>  
0009-739X/

© 2016 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## El papel del cirujano en el manejo perioperatorio de enfermedades neurológicas



### The role of surgeon in the perioperative management of neurological diseases

Las enfermedades neurológicas no son infrecuentes, y presentan una prevalencia durante toda la vida del 6% en la población general, e incluso mayor entre los ancianos. La evolución de los trastornos neurológicos más frecuentes (enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, demencia o epilepsia) que se presentan en edades más avanzadas, la creciente necesidad de cirugía (de cualquier tipo) para las personas de edad avanzada y el envejecimiento de la población originan mayores tasas de casos neurológicos entre los pacientes intervenidos quirúrgicamente, especialmente entre los ancianos<sup>1-3</sup>.

El tratamiento perioperatorio de los pacientes neurológicos es un reto clínico, que exige la participación activa de varios expertos médicos para lograr que se manejen mejor los múltiples problemas médicos específicos y complejos que acompañan a la cirugía en pacientes con enfermedad neurológica conocida. El reajuste necesario del tratamiento neurológico (antes, durante y después de la intervención quirúrgica), la selección de los regímenes y la técnica anestésica óptima, y la necesidad de pruebas preoperatorias, consultas o intervenciones adicionales o específicas son solo algunos de estos problemas<sup>2-4</sup>. Además, la presencia frecuente de diversas comorbilidades y la afectación multisistémica y multiorgánica que caracterizan a determinados trastornos neurológicos, como la enfermedad de Parkinson y las enfermedades neuromusculares, hacen necesario un enfoque multidisciplinario en su manejo<sup>5-8</sup>.

Algunas publicaciones de la bibliografía sobre el tema se han centrado principalmente en el papel del anestesiólogo y el neurólogo en el manejo perioperatorio de los pacientes neurológicos, con frecuencia pasando por alto el papel del cirujano<sup>1-3,6,7,9</sup>. Sin embargo, el cirujano tiene una posición

central y crucial en este proceso, que no se limita a la realización de la operación y el manejo de determinadas complicaciones quirúrgicas (p. ej., sangrado o infección de la

**Tabla 1 – Participación del cirujano en el manejo perioperatorio multidisciplinario de los pacientes neurológicos**

Problema médico	Expertos que participan <sup>a</sup>
Programación de la operación	Cirujano y neurólogo
Preparación preoperatoria	Cirujano, neurólogo y otros expertos (cardiólogo, neumólogo o médico)
Selección de la técnica quirúrgica	Cirujano
Selección de los regímenes y la técnica anestésica	Cirujano, anestesiólogo y neurólogo
Reinicio postoperatorio del tratamiento neurológico oral	Cirujano y neurólogo
Evitación de determinado medicamento frecuente por empeoramiento de la enfermedad neurológica o porque interacciona con el tratamiento	Cirujano, neurólogo y anestesiólogo
Retirada de los drenajes y catéteres	Cirujano
Fisioterapia	Cirujano, fisioterapeuta y otros expertos (p. ej., neumólogo)

<sup>a</sup> Dependiendo de cada caso, en particular, y según los problemas específicos (relacionados con la enfermedad neurológica), quizá sea necesaria la participación de expertos adicionales (además de los mencionados), como el geriatra o el psiquiatra.