



Radiología



0 - Complicaciones postneumonectomía

T. M. Guijo Hernández¹, J. Leal Tellez², C. Sánchez de la Orden³, A. Rodríguez Benitez⁴, 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: ¿Cuales 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 serosanguinolento, mediastino comienza a girar y el diafragma se eleva. ≥ 1 semana la cavidad tiene más liquido que aire. Seis meses: la opacificación del hemitórax es completa. Modificaciones en esta secuencia sugiere patología: aire excesivo sospecha de neumotórax-fistula broncopleurales; exceso de líquido = derrame/empiema. 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 postiq. Fistula broncopleurales: incremento espacio aéreo intrapleurales/cavidad; cambios nivel hidroaéreo preexistente $\downarrow > 2$ cm nivel liquido; neumotórax a tensión; reaparición nivel liquido; mediastino vuelva a la posición previa. Empiema: reaparición de niveles hidroaéreos, derrame y engrosamiento pleural que realza. Fistula esófago pleural: empiema 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 broncopleurales. Si existe empiema crónico valorar fistulas y recurrencia mediastínica