

CP-25 TÍTULO: NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO TRAS COLECISTECTOMÍA

AUTOR/ES: Azucena López Candocia, Margarita López Candocia, Miguel Méndez López, Ramón Pillo, Joaquín José Mosquera Oses

INSTITUCIÓN: Instituto Médico-Quirúrgico San Rafael de La Coruña

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El neumotórax es la presencia de aire en el espacio pleural produciendo una pérdida de volumen. Se clasifican en espontáneo primario, sin una causa aparente, espontáneo secundario a una enfermedad pulmonar subyacente (bronquitis crónica, asma, enfisema pulmonar, etc.), secundaria a traumatismo por herida penetrante, o iatrogénica tras una intervención médica (como la punción transparietal, toracoscopia o la aplicación de una presión inadecuada en paciente con ventilación mecánica). Se produce un colapso pulmonar y la consecuente dificultad respiratoria. Es importante establecer un diagnóstico precoz e instaurar la mejor opción de tratamiento.

Material y métodos: presentamos el caso de una paciente que desarrolla un neumotórax en el postoperatorio de una colecistectomía. Es una mujer de 78 años con hipertensión arterial, hipercolesterolemia, obesidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica severa, colecistitis aguda litiasica y tiroidectomía. Se realiza colecistectomía abierta de forma programada, colocando un drenaje intraperitoneal, sin incidencias intraoperatorias. A las 48 horas presenta disnea importante con respiración abdominal, desaturación y a la auscultación se detectan sibilancias e hipoventilación basal pulmonar derecha. La radiografía de tórax muestra un derrame pleural derecho. La paciente está afebril y tolera dieta oral líquida. El abdomen es blando, depresible y no doloroso. El drenaje es contenido líquido serohemático. Presenta edemas en miembros inferiores. Se instaura tratamiento médico con oxigenoterapia, diuréticos, broncodilatadores y corticoides. El empeoramiento clínico respiratorio, renal y hemodinámico es progresivo, por lo que se decide su ingreso en la UCI para monitorización y soporte respiratorio y hemodinámico. En la analítica destacan anemia, 24000 leucocitos, con 92% de neutrófilos, creatinina 1.5 y potasio de 2.6. El TAC tóraco-abdominal que evidencia un hidroneumotórax derecho. Se realiza pleurotomía y aspiración colocando un tubo de drenaje torácico conectado a un sistema aspirativo; se obtienen 600 cc de líquido serohemático. Presenta importante mejoría respiratoria, hemodinámica y renal. A las 48 horas se retira el drenaje torácico. 5 días tras el cuadro presenta otro episodio de disnea y la radiografía demuestra un neumotórax y derrame pleural. Se decide intervención quirúrgica con videotoracoscopia que evidencia un empiema con engrosamiento pleural, abundante fibrina y material necrótico. Se aspira el contenido purulento y se realiza desbridamiento quirúrgico y lavados colocando dos drenajes de grueso calibre conectados a un sistema aspirativo. La paciente evolucionó favorablemente.

RESULTADOS

Se trataba de una paciente con antecedente de EPOC severo sometida a una colecistectomía y ventilación mecánica. En el postoperatorio presenta una insuficiencia respiratoria debido a neumotórax, probablemente el continuo flujo con una presión por la ventilación mecánica produjo la rotura espontánea de una bulla; se colocó drenaje torácico y mejoró temporalmente; días después desarrolló un empiema pleural, favorecido por su propia enfermedad pulmonar, la inmunosupresión por la corticoterapia, y la manipulación instrumental de la cavidad torácica, que precisó intervención quirúrgica con videotoracoscopia.

CONCLUSIONES

El neumotórax espontáneo es frecuentemente producido por rotura de bullas subpleurales; si produce compromiso de la función respiratoria el primer episodio se trata con tubo de drenaje torácico, pero si existe recidiva la videotoracoscopia es la mejor opción para identificar y tratar la causa de forma radical.