

HERNIACION CARDIACA POR NEUMOTORAX HIPERTENSIVO, TRAS NEUMONECTOMIA.

J.M. Galbis, C.A. Fuster, F. Villalba, M. Ramón*, A. Cantó.

Servicio de Cirugía Torácica y Neumología*. Hospital General Universitario de Valencia.

Sr. Director:

Uno de los riesgos más graves de la neumonectomía intrapericárdica, es la herniación cardíaca. Su mortalidad es cercana al 5%⁽¹⁾, siendo más frecuente en el lado derecho⁽²⁾.

El pericardio es abierto para acceder a los vasos pulmonares, y la sutura de éste puede ceder ante el gran juego de presiones intratorácicas.

Presentamos la historia clínica de un varón de 49 años, enfisematoso y fumador de 40 cigarrillos/día. Tras ser diagnosticado de carcinoma pulmonar derecho, se realizó toracotomía derecha. La situación de la referida neoplasia y su relación con los vasos, hizo necesaria la neumonectomía intrapericárdica; el defecto pericárdico fue cerrado con puntos sueltos de nylon 2/0. Tras la intervención el paciente se trasladó a la Unidad de Cuidados Intensivos, con situación clínica estable. Se verificó la correcta situación de los drenajes y su permeabilidad. Fue extubado a los 45 minutos.

Nueve horas tras la intervención, el paciente sufre un cuadro de hipotensión, comprobándose la salida de sangre a través de los drenajes torácicos. Dada la situación clínica, se decide la reintervención.

En quirófano, el paciente es de nuevo intubado. El aumento de resistencia al paso del aire provoca un neumotórax hipertensivo izquierdo. El desplazamiento del mediastino hacia la derecha, hizo ceder la sutura pericárdica, hemiándose la aurícula derecha. La presión existente, imposibilitó la reducción cardíaca de forma manual. Se colocó un drenaje torácico del número 32 en hemitórax izquierdo. La resolución del cuadro hipertensivo, hizo posible la reducción de la aurícula y sutura del pericardio. Tras control de hemorragia, el paciente pasó de nuevo a la Unidad de Cuidados Intensivos.

La herniación cardíaca es descrita en el post-operatorio inmediato⁽³⁾, o en las primeras horas de ventilación mecánica⁽⁴⁾. En nuestro caso, el cuadro apareció en la retoracotomía, como efecto de la presión ventilatoria, favoreciendo el neumotórax hipertensivo la existencia de un pulmón enfisematoso. El diagnóstico no planteó dudas, al poder visualizar la herniación y el desplazamiento mediastínico⁽⁵⁾. El tratamiento siempre es quirúrgico⁽⁶⁾.

BIBLIOGRAFIA

1. Baaijts PF, Hasenbor MA, Lacquet LK, Dekhuijzen PN. Cardiac herniation after pneumonectomy. Acta Anesthesiol. Scand. 1992; 36⁽²⁾: 842-845.
2. Forget AP, Fleyfel M, Vallet B, Richart P, Arbon G, Sandemont A, Wurtz A. Cardiac herniation and sub-herniation complication of intrapericardical pneumonectomy. Ann Fr Anesth Reanim 1992;1⁽¹⁾:111-114.
3. Cassole L, Katz J. Management of cardiac herniation after intrapericardical pneumonectomy. Anesthesiology 1984; 60: 362-364.
4. Ebel TA, Goldman AI, Molina J. E. Rev Esp Anesthesiol Reanim 1992; Jul-Aug; 39 ⁽⁴⁾: 259
5. Rodgers BM, Moulder PU, De Laney A. Thoracotomy: new method of early diagnosis of cardiac herniation. J Thorac Cardiovas Surg 1979; 78: 623-625.
6. Rodriguez A, Partida A, Rubio J, Rojas A, López L, Freixenet J. Herniación cardíaca post-neumonectomía. Rev Esp Anesthesiol Reanim 1992;39⁽⁴⁾: 254.