COMPLICACIONES TARDIAS EN LA CIRUGIA EXERETICA PULMONAR

J. Ayarra Jarne.
Unidad de Cirugía Torácica. Hospital de Valme. Sevilla.

Aunque clásicamente se consideran complicaciones tardías aquellas que se presentan a partir de los 30 días de la intervención, en esta ocasión vamos a exponer las que tienen aparición cuando terminan los cuidados intensivos del paciente.

Vamos a repasar las complicaciones más importantes cuyo tratamiento se puede considerar eminentemente quirúrgico y de menor importancia a las que merecen una atención especial, no deteniéndonos en aquellas cuyo tratamiento corresponde a otras especialidades, como atelectasias, infarto de miocardio, arritmias, embolia de pulmón, ictus, etc.

Dentro de las complicaciones consideradas puramente quirúrgicas, vamos a exponer:

Cámara residual por reexpansión incompleta del pulmón restante (más frecuente en bilobectomías: 0.81 %),por falta de colaboración del paciente, con o sin atelectasias (2%) o por fuga persistente. Su tratamiento consiste en drenaj e de la cámara, tratamiento fisioterápico y en las apicales, postural en Trendelemburg. En ocasiones es precisa la realización de una toracoplastia.

Fugas prolongadas, complicación más frecuente tras resecciones parciales y liberación de cisuras (3-5%), que se manifiesta por una fuga permanente, mas allá de los cinco primeros días tras la intervención. Cuando el pulmón está expandido el tratamiento consiste en el drenaje pleural prolongado y cuando es causa de una cámara apical permanente se precisa la reintervención para el sellado de las fugas.

Hemotorax: Más frecuente tras decorticaciones, se presenta del 1-8% de los casos , según el tipo de intervención. Su origen suele ser intercostal o pleural. La mayoría ceden espontáneamente y sólo cuando la evacuación es de 500 c.c. en las dos primeras horas o tienen un drenaje de 100-200 cc/hora requieren reintervención hemostática

Empiema: Complicación gravísima presente en el 1-2% tras lobectomías y del 5-6% tras neumectomías, siendo sus cifras más elevadas cuando se trata de cirugía de procesos infecciosos. El 90% de los espacios infectados tras lobectomías se resuelven con tratamiento médico y fibrinolíticos, mientras que el resto va a precisar una reintervención con lavado pleural y decorticación si lo precisa o toracoplastia. En ocasiones va a ser necesario ampliar la resección anterior. Cuando está presente tras neumectomías se realiza drenaje y lavado con sustancias antisépticas, debiendo resolverse en la primera semana y, en caso contrario, realizar una limpieza quirúrgica de la cavidad.

Fístula broncopleural: la dehiscencia de parte o de todo el muñón bronquial, requieren un diagnóstico y tratamiento inmediato. Se presenta en el 1 % tras lobectomías, 4% tras bilobetomías y hasta el 10% tras neumectomías, siendo la causa del 30-50% de la mortalidad. Presente en el 86% de los empiemas postoperatorios y más en hemitórax derecho. Se diagnostica por la aparición de un cuadro febril, acompañado de una expectoración excesiva serosanguinolenta, halitosis, presencia de fuga aérea en el drenaje y broncoscopia. Cuando es menor de 3 mm. se puede intentar el drenaje de la cavidad y sellado con pegamento biológico. Cuando es de mayor calibre y el diagnóstico ha sido inmediato, es aconsejable el cierre directo con refuerzo pleural, pericárdico o muscular. Sólo en caso de diagnóstico tardío el tratamiento consiste en la realización de una toracostomía definitiva y, en ocasiones , posterior cierre con mioplastia u omentoplastia.

La mortalidad perioperatoria a los 30 días es del 13.7 %, siendo el porcentaje tras neumectomías del 6.2%, del 2.9% tras lobectomías y del 1.4% tras resecciones menores. Tiene una relación directa con la edad avanzada, función pulmonar deteriorada, pérdida ponderal mayor del 10%, enfermedad sistémica importante y estadío locorregional avanzado.

Las técnicas de intervenciones videotoracoscópicas que persiguen la reducción del dolor y la pronta recuperación postoperatoria presentan las mismas complicaciones; aunque los resultados publicados muestran su presencia en menor número.

BIBLIOGRAFIA:

1. Jancovici R, Houel R, Natafl F Operative risk in thoracie surgery. J Chir. Paris. 1994; 131: 570-4.

2. Becker HD. Treatment of posoperative bronchial fistula by endoscopic fibrin application. En: Schlag G, Wolner E, Eckenberg F, editores. Cardiovascular surgery. Thoracie surgery. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 1995:186.

3. Miller JI.Muscle flaps and thoracic problems applicability and utilitation for various conditions. En Kittle CF, Current controversies in thoracic surgery. Philadelphia, W Saunders CO. 1986: 235-40.

4. Landrencau RS, Mack MS, Hazelrigg SR. Videoassisted thoracic surgery:basic techrúcal concepts and intercostal approach strategies, Ann Thor Surg 54:800807. 1992;54: 800-7.

5. Wolfe W. Complications in thoracic surgery. Recognition and management. Ed Mosby, Chicago, na 1992.