

Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Comandante Manuel Fajardo", Ciudad de La Habana

RESECCIONES PULMONARES. MORBILIDAD Y MORTALIDAD

Dr. Carlos Romero Díaz,¹ Dr. Orestes Noel Mederos Curbelo,² Dr. Juan Carlos Barreras Ortega,³ Dr. Jesús Valdés Jiménez³ Dr. Alexis Cantero Ronquillo¹ y Dr. José Luis Menchaca Díaz¹

RESUMEN

Se reportan las complicaciones de 72 enfermos con resecciones pulmonares, durante el período de 1995 a 1999 en el Hospital Clínicoquirúrgico "Comandante Manuel Fajardo". El 61,1 % fue por resecciones regladas (lobectomías y neumonectomías) y el resto atípicas. La mortalidad quirúrgica fue de 4,1 % y la morbilidad del 11,1 %. Las complicaciones más frecuentes fueron la neumonía y la sepsis de la herida, observada en el 2,7 %. La fístula bronquial se presentó en un enfermo (1,3 %).

DeCS: NEUMOPATIAS/cirugía; COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS/ mortalidad; NEUMONECTOMIA/mortalidad; NEOPLASMAS PULMONARES/cirugía; NEUMOTORAX.

Es realmente elevado el número de enfermedades que pueden primaria o secundariamente afectar a la pared torácica, pulmones y pleura.¹⁻³

Las resecciones pulmonares constituyen, en muchas ocasiones, la única solución quirúrgica al enfrentar dichas afecciones que afectan este vital órgano.

Teniendo en cuenta la anatomía vasculobronquial del hilio pulmonar y la segmentación broncopulmonares, las resecciones pulmonares pueden ser atípicas,

segmentarias, lobares, hasta llegar a los neumonectomías.⁴

Los estudios de la función pulmonar determinan los riesgos operatorios para el paciente y su capacidad para soportar algunos procedimientos quirúrgicos. La instrucción preoperatoria de ejercicios respiratorios en estos enfermos, puede evitar considerables dificultades en el posoperatorio.⁵

Las complicaciones surgidas pueden dividirse en las que son inherentes a cualquier toracotomía y las determinadas por

¹ Especialista de I Grado. Asistente.

² Especialista de II Grado. Profesor Auxiliar.

³ Especialista de I Grado.

la sección de los elementos vasculobronquiales y del parénquima pulmonar.

MÉTODOS

Se recogió la información de las complicaciones por resecciones pulmonares realizadas en el Hospital Clínicoquirúrgico "Comandante Manuel Fajardo" de 1995 a 1999. Se excluyeron las biopsias pleuropulmonares, y el universo de trabajo se completó con 72 enfermos, de ellos 28 con resecciones regladas (lobectomías y neumonectomías). Toda la información se recolectó de forma prospectiva en una planilla creada al efecto.

La información de las flebitis de los miembros posterior a cateterismo no se recogió en las complicaciones.

RESULTADOS

El 61,1 % lo constituyeron resecciones regladas y entre los diagnósticos que llevaron una resección pulmonar está el cáncer

del pulmón en el 30,5 % de los enfermos, seguido por los neumotórax persistente y recidivante y la bulla enfisematosa (19,4 %). Destacan 2 tumores benignos que fueron un hamartoma condromatoso y un tumor amiloide. En las bullas enfisematosas, en 10 de estas, se realizaron lobectomías por mostrar bullas grandes que ocupaban la mitad del hemitórax y en otras 4 resecciones atípicas. En un enfermo con hemotórax coagulado posterior a una herida por arma blanca se hizo necesario realizar una neumonectomía (tabla 1). Ocurrieron complicaciones en 8 enfermos, con morbilidad de 11,1 %, las más frecuentes la neumonía y la sepsis de la herida (2,7 %).

En un enfermo se presentó una fístula bronquial posterior a una lobectomía superior por una bronquiectasia (1,3 %) (tabla 2).

La mortalidad quirúrgica fue de 4,1 % al fallecer 3 enfermos, uno por un fallo respiratorio agudo con neumotórax a tensión, posterior a una lobectomía por bulla gigante en un pulmón evanescente y los otros 2 por neumectomías por cáncer, y presentaron infarto de miocardio y atelectasia con insuficiencia respiratoria (tabla 3).

TABLA 1. Relación entre diagnóstico e intervenciones quirúrgicas realizadas

Diagnóstico	No. de pacientes	Operación	No.
Cáncer de pulmón	22	Lobectomía	13
		Neumonectomía	
Tumor benigno del pulmón	2	Lobectomía	2
Absceso del pulmón	5	Lobectomía	4
		Bilobectomía	1
Bulla enfisematosa	14	Lobectomía	10
		Bulectomía	4
Neumotórax persistente	13	Resección	13
Metástasis pulmonar	1	Lobectomía	1
Neumotórax recidivante	11	Resección	11
		Atípica	
Hemotórax coagulado	1	Neumonectomía	1
Bronquiectasia	3	Lobectomía	3
Total	72		72

TABLA 2. *Complicaciones relacionadas con el tipo de resección pulmonar*

Complicación	Resecciones atípicas No.	Resecciones regladas No.
Infarto agudo del miocardio	-	1
Neumonía	1	1
Infección de la herida	1	1
Atelectasia	-	1
Neumotórax a tensión	-	1
Fístula bronquial	-	1

DISCUSIÓN

En nuestra casuística mostramos que casi las 2/3 partes de las resecciones pulmonares efectuadas fueron regladas, lobectomías o neumonectomías, la mayoría de ellas en el tratamiento del cáncer pulmonar (30,5 %), y en las que se siguieron criterios oncológicos y basados en los resultados de las pruebas funcionales respiratorias (PFR) fundamentalmente que abordan otros autores.⁶⁻⁸

La mayoría de las resecciones atípicas fueron realizadas en los neumotórax persistentes (18 %) y recidivantes (15,2 %), cuando el procedimiento inicial de pleurectomía mínima no resolvió de forma estable el colapso pulmonar.⁹

Es importante señalar que fue necesario realizar en 10 pacientes 13,8 % lobectomías ante el hallazgo de grandes bullas enfisematosas, que ocupaban prácticamente la mitad de dicho hemitórax, con

lo cual se obtuvo una notable mejoría en la capacidad ventilatoria, demostrada en los resultados de las PFR posoperatorias. En 4 pacientes (5,5 %) una resección atípica fue suficiente para la resección de ellas.¹⁰ Se presentó algún tipo de complicación posoperatoria en 8 pacientes (11,1 %), dado fundamentalmente por sepsis de la herida y neumotórax inflamatorio con 2,7 % respectivamente, causas más frecuentes reportadas por otros autores.^{11,12}

Los 3 fallecimientos (4,1 %) ocurrieron en pacientes de la tercera edad, a los que se les realizó resecciones regladas, 2 de ellos por cáncer en el pulmón que requirieron una neumonectomía, la cual fue mal tolerada.

Analizando esta morbilidad y mortalidad observamos que nuestros resultados son satisfactorios si los comparamos con otros autores nacionales.^{7,11-13}

En conclusión podemos decir:

1. El 30,5 % de las resecciones fueron por cáncer de pulmón, y siguen en frecuencia las bullas enfisematosas (19,4 %), los neumotórax persistentes (18 %) y recidivantes (15,2 %).
2. El 61,1 % fueron resecciones regladas y el resto atípicas por neumotórax persistente, recidivante y bulectomías por bullas enfisematosas.
3. La morbilidad fue del 11,1 % y la mortalidad quirúrgica, 4,1 %.
4. Las complicaciones más frecuentes fueron las respiratorias y las relacionadas con la herida quirúrgica.

TABLA 3. *Relación de fallecidos, diagnóstico inicial, edad y operación realizada*

Diagnóstico	Edad	Operación	Complicación
Bulla enfisematosa	68	Lobectomía	Neumotórax a tensión
Cáncer de pulmón	71	Neumonectomía derecha	Atelectasia e insuficiencia respiratoria
Cáncer de pulmón	70	Neumonectomía izquierda	Infarto del miocardio

SUMMARY

The complications of 72 patients with pulmonary resections performed at "Comandante Manuel Fajardo" Clinical and Surgical Hospital from 1995 to 1999 are reported. 61.1 % of the complications were due to segmental resections (lobectomies and neuronectomies) and the rest were atypical. Surgical mortality was 4.1 % and morbidity 11.1 %. The most frequent complications were pneumonia and wound sepsis, which were observed in 2.7 %. A patient had bronchial fistula (1.3 %).

Subject headings: LUNG DISEASES/surgery; POSTOPERATIVE COMPLICATIONS/mortality; PNEUMONECTOMY/mortality; LUNG NEOPLASMS/surgery; PNEUMOTHORAX.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shackelford RT. Pulmones, pleura y pared torácica. En: Diagnóstico quirúrgico. Barcelona: Salvat, 1971;t1:498-527.
2. Valdés JJ, Mederos CON, Barreras OJC, Saa VR, Menchaca DJL, Cantero RA. Empiema pleural. Resultados del tratamiento en el Hospital Clínicoquirúrgico Docente «Comandante Manuel Fajardo». Rev Cubana Cir. 1999;38(1):21-5.
3. Sea VR, Mederos CON, Cantero RA, Menchaca DJL, Barreras OJC, Valdés JJ. Organización y resultados de la cirugía torácica en el Hospital "Comandante Manuel Fajardo". Rev Cubana Cir. 1999;38(1):36-40.
4. Posadas C. Cirugía. Semiología, fisiopatología, clínica. En: Christmann. tumores brocopulmonares. 1982;t:472-81.
5. Adkins C. Neoplasias de pulmón. Carcinoma de pulmón. En: Sabiston DC. Cirugía torácica. 2 ed;1983:471-56.
6. Wikins EW. Four decades of experience with resections for bronchogenic carcinoma at the Massachusetts General Hospital. J Thorac Cardion Surg 1978;76(3):364.
7. Selman-Housein E. Algunos criterios sobre el tratamiento quirúrgico del cáncer pulmonar. Rev Cubana Cir.1979;18(1):21-7.
8. Frederick W. Segmental resection for bronchogenic carcinoma, a surgical alternative for the compromised patient. Ann Thorac Surg 1964;27:169.
9. Singh GV. Current status of parietal pleurectomy in recurrent pneumothorax. J Cardiovasc. Surg 1979;13(1):93.
10. De Vries W, Wolfe W. Tratamiento del neumotórax espontáneo y enfisema buloso. ClinQuir Norteam 1980;4:853.
11. Maletá R. Morbilidad en intervenciones quirúrgicas del tórax. Rev Cubana Cir. 1983;23(5):459-68.
12. Ríos RA. Experiencia y resultados en el tratamiento quirúrgico del cáncer del pulmón. Rev Cubana Cir. 1988;27(3):97-110.
13. Mederos CON, Bernot RD, Álvarez VP, Leal MA, Díaz MM. Tratamiento quirúrgico del cáncer broncopulmonar. Revisión estadística en los años 1974-1986. Rev Cubana Cir. 1988,27(4):27-33.

Recibido: 7 de agosto del 2000. Aprobado: 17 de diciembre del 2000.

Dr. *Carlos Romero Díaz*. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Comandante Manuel Fajardo", Zapata y D, Vedado, municipio Plaza de la Revolución, Ciudad de La Habana, Cuba.