

Título
ATRAPAMIENTO AÉREO Y DESPLAZAMIENTO DE MEDIASTINO: ¿CIRUGÍA DE EMERGENCIA, URGENCIA O CONDUCTA EXPECTANTE?
Autores/Filiación
Margarita Aldunate ¹ . Marcela Moreno ² . ¹ Unidad de Cirugía. Hospital Roberto del Río. Profesor Asociado Universidad de Chile. ² Unidad broncopulmonar. Hospital Roberto del Río
Antecedentes
El atrapamiento aéreo con desplazamiento del mediastino implica un desafío terapéutico. Existen distintas etiologías y distinto grado de compromiso que determinan la conducta a seguir.
Objetivo
Mostrar casos clínicos graves, con imágenes radiológicas de hiperinsuflación lobar, desplazamiento de mediastino, compromiso respiratorio progresivo y riesgo vital pero de distinta etiología y de diferente resolución.
Casos clínicos
Caso 1: RNT, 2 meses, sano. Inicia cansancio y polipnea. Rx y TC tórax: LSD hiperinsuflado, mediastino desplazado, rotado y atelectasia de lóbulos inferiores. Evolucionó grave, requiriendo intubación y ventilación mecánica invasiva. Acidosis e hipercapnias severas. Lobectomía superior derecha de urgencia sin incidentes. Rápida mejoría clínica. Biopsia: enfisema intersticial sobre enfisema alveolar. Seguimiento 18 meses asintomático. Caso 2: RNPT 31 semanas, Apgar 2-5-8, reanimación y VMI 72 horas. A los 18 días de vida, aparece distrés respiratorio. Rx: hiperinsuflación lobar superior izquierda con desplazamiento del mediastino. Se sospecha enfisema intersticial y se decide manejo conservador, decúbito lateral izquierdo, oxígeno. Presenta deterioro clínico y radiológico. Se realiza intubación bronquial selectiva derecha y conexión a VM. Desaparece atrapamiento aéreo en 48 horas. Al extubar no recidiva hiperinsuflación. Seguimiento 4 meses con Rx normal. Caso 3. RNT 37 semanas, AEG. A los 17 días de vida inicia dificultad respiratoria. Radiografía tórax: imagen radiolúcida a derecha que desplaza mediastino con múltiples atelectasias. GSA con acidosis respiratoria. Se logra estabilizar con 0,5 lt oxígeno. Se difiere cirugía para el día siguiente. Se realiza lobectomía lóbulo medio sin incidentes. Evolución favorable postquirúrgica.
Conclusiones
El reconocer las distintas etiologías de hiperinsuflación pulmonar y sus riesgos, permite enfocar el tratamiento, evitar resecciones innecesarias y comprender que en ocasiones se debe realizar cirugía de emergencia.