



Caso clínico

Síndrome posneumonectomía en paciente con síndrome de Swyer-James-MacLeod



Postpneumonectomy Syndrome in a Patient With Swyer-James-MacLeod Syndrome

Cristina Benito Bernáldez^{a,*}, Antonia Mora Jurado^b
y Virginia Almadana Pacheco^a

^a Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

^b Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Infanta Elena, Huelva, España

El síndrome posneumonectomía es una complicación inusual de la neumonectomía que se produce como consecuencia del desplazamiento excesivo de las estructuras mediastínicas hacia el espacio pleural vacío¹.

Presentamos el caso de un varón de 32 años diagnosticado de asma bronquial y con el antecedente de neumonectomía derecha realizada a los 7 años de edad secundaria al síndrome de Swyer-James-MacLeod. Este síndrome se caracteriza radiográficamente por la hiperclaridad de un pulmón debida a una vascularización pulmonar disminuida y suele acompañarse de bronquiectasias. En el caso de nuestro paciente se optó por una neumonectomía derecha por las repetidas neumonías que presentó durante su infancia.

Acudió a nuestra consulta porque refería disnea de 5 meses de evolución. La espirometría mostró una capacidad vital forzada (FVC) de 3220 cm³ (62%), un volumen espiratorio forzado en un segundo (FEV1) de 1480 cm³ (36%) y una relación FEV1/FVC del 46%. Se solicitó una tomografía axial computarizada (TAC) de tórax donde se objetivó un hemitórax izquierdo hiperexpandido ocupando toda la cavidad torácica como secuela de la neumonectomía derecha y un mediastino desviado a la derecha situando el corazón en posición anómala por la hiperextensión pulmonar sin apreciarse alteraciones en los vasos supraaórticos (fig. 1). Se completó el estudio con una ecocardiografía y una fibrobroncoscopia para descartar afectación cardíaca y/o compresión bronquial. La ecocardiografía mostraba una distorsión de las estructuras cardíacas con desplazamiento del mediastino, siendo el tamaño de las cámaras cardíacas, las estructuras valvulares y los flujos doppler normales. La fibrobroncoscopia confirmó una cicatriz de neumonectomía en buen estado y una carina principal y árbol bronquial izquierdo sin alteraciones, descartándose así una compresión a nivel bronquial secundaria a la desviación mediastínica.

Tras 2 meses de tratamiento con corticoides inhalados a dosis altas y beta-2 adrenérgicos de larga duración, el paciente presentó una mejoría notable de la sintomatología y dado que no se objetivó compresión traqueobronquial ni afectación cardíaca o vascular se decidió junto con la Unidad de Cirugía Torácica seguimiento estrecho.

El síndrome posneumonectomía es una complicación tardía de la neumonectomía derecha causada por un desplazamiento del mediastino hacia el espacio vacío, con desplazamiento posterior y rotación en sentido antihorario, dando como resultado la compresión de la tráquea distal y el bronquio principal izquierdo entre la arteria pulmonar por delante y la columna vertebral o la aorta por detrás². También está descrito tras una neumonectomía izquierda^{2,3}.

Es más común en niños⁴. Los síntomas que más frecuentemente encontramos son disnea progresiva, afectación vascular y alteraciones en la deglución. Las técnicas de imagen ayudan a establecer el diagnóstico. La broncoscopia es fundamental para evaluar la anatomía de las vías respiratorias, pudiendo mostrar el desplazamiento de la tráquea, la rotación de la carina y señalando el nivel de obstrucción de las vías respiratorias⁵.

El tratamiento del síndrome posneumonectomía debe ser un tratamiento individualizado, adecuado a las características de cada paciente. La cirugía debe valorarse cuando el paciente presenta afectación cardíaca, vascular o compresión traqueobronquial secundaria al desplazamiento mediastínico; en estos casos la opción quirúrgica es una cirugía de reposicionamiento del mediastino y el uso de una prótesis intratorácica para restaurar la arquitectura anatómica normal del hemitórax y prevenir la recurrencia del desplazamiento y rotación mediastínica. En los pacientes que no son candidatos a cirugía la opción sería la colocación endobronquial de una prótesis autoexpandible, aunque su uso sólo parece correcto si el problema es únicamente la compresión traqueobronquial o como complemento a la recolocación del mediastino¹.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cristina.be@hotmail.com
(C. Benito Bernáldez).

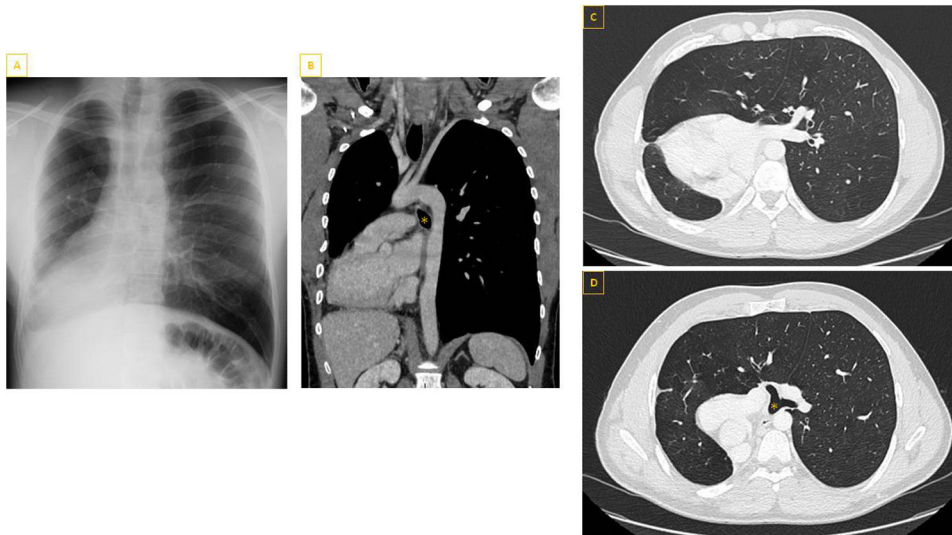


Figura 1. A) Radiografía de tórax que muestra una silueta cardíaca de disposición derecha, con hiperinsuflación y herniación del pulmón izquierdo ocupando ambos hemitórax. B) TAC de tórax con contraste i.v. (corte coronal) donde se objetiva permeabilidad vascular, identificándose el bronquio principal izquierdo (*) interpuesto entre la arteria pulmonar y la aorta. C y D) TAC con contraste i.v. con ventana de parénquima (cortes axiales) que muestra rotación antihoraria de estructuras mediastínicas que se desplazan a la derecha disponiéndose en un plano posterior, hiperinsuflación pulmonar izquierda con herniación derecha y bronquio principal izquierdo (*) discurriendo entre la arteria pulmonar izquierda y la aorta descendente, sin datos de compresión extrínseca y manteniendo un calibre adecuado.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Ninguno de los autores tiene ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Casanova Viúdez J, Mariñán Gorospe M, Rumero JC, Sánchez. Corrección quirúrgica de un síndrome posneumectomía con compromiso vascular. *Arch Bronconeumol.* 2002;38:51–4.
2. Grillo HC, Shepard JO, Mathisen DJ, Kanarek DJ. Postpneumectomy syndrome: diagnosis, management, and results. *Ann Thorac Surg.* 1992;54:638–51.
3. Shamji FM, Deslauriers J, Daniel TM, Matzinger FR, Mehran RJ, Todd TRJ. Postpneumectomy syndrome with an ipsilateral aortic arch after left pneumonectomy. *Ann Thorac Surg.* 1996;62:1627–31.
4. Reed MF, Lewis JD. Thoracoscopic mediastinal repositioning for postpneumectomy syndrome. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2007;133:264–5.
5. Madariaga MLL, Mathisen DJ. Postpneumectomy syndrome. *Shanghai Chest.* 2020;4:3.