

PULMÓN ATRAPADO

Villegas Marlene, Orozco Maira, Oscar Eduardo Orellano.

CIMAC, San Juan.

Objetivo de aprendizaje :

Realizar una revisión acerca de una patología pulmonar clínicamente relevante, haciendo una recensión de la fisiopatología y los hallazgos radiológicos.

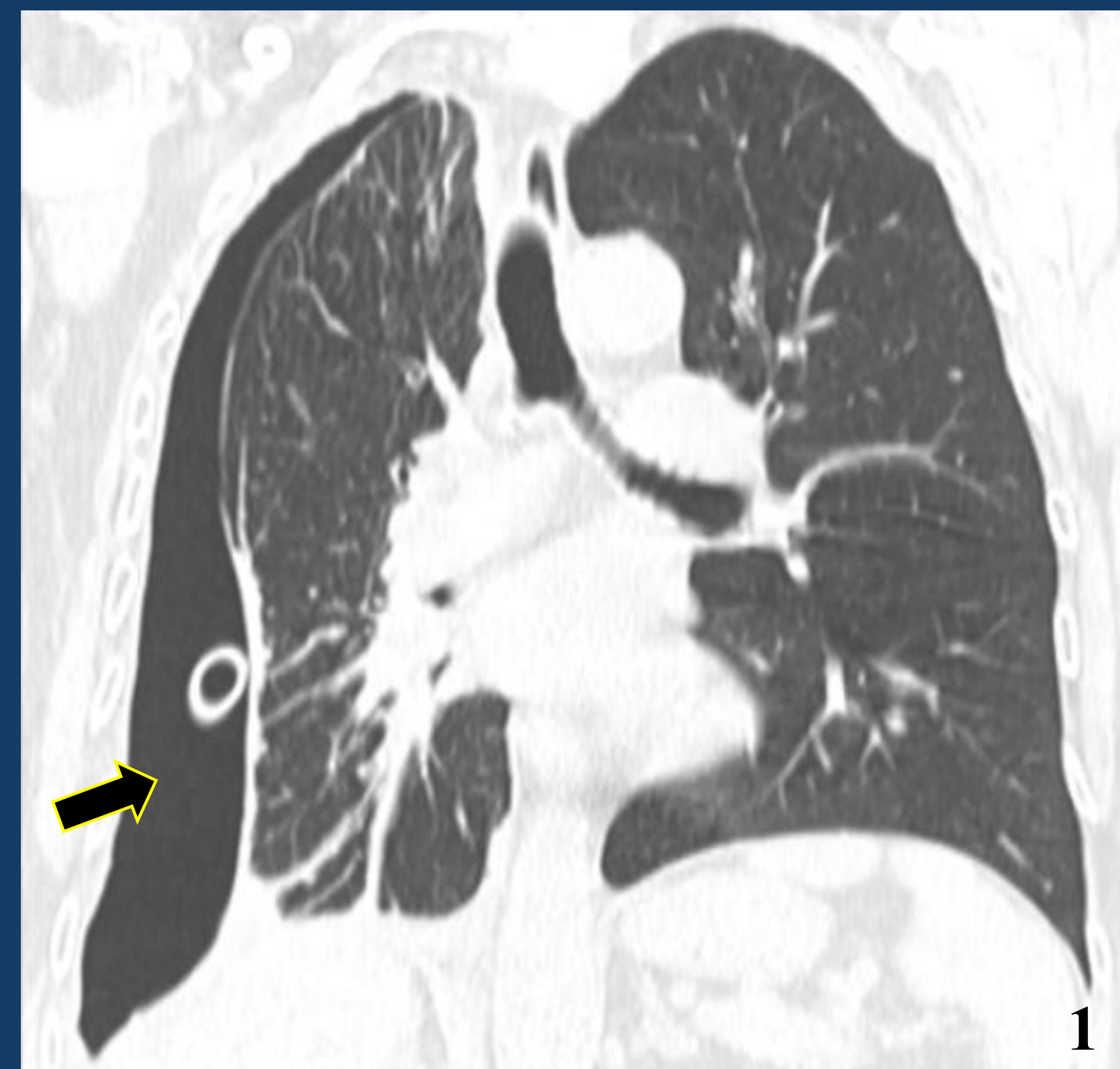
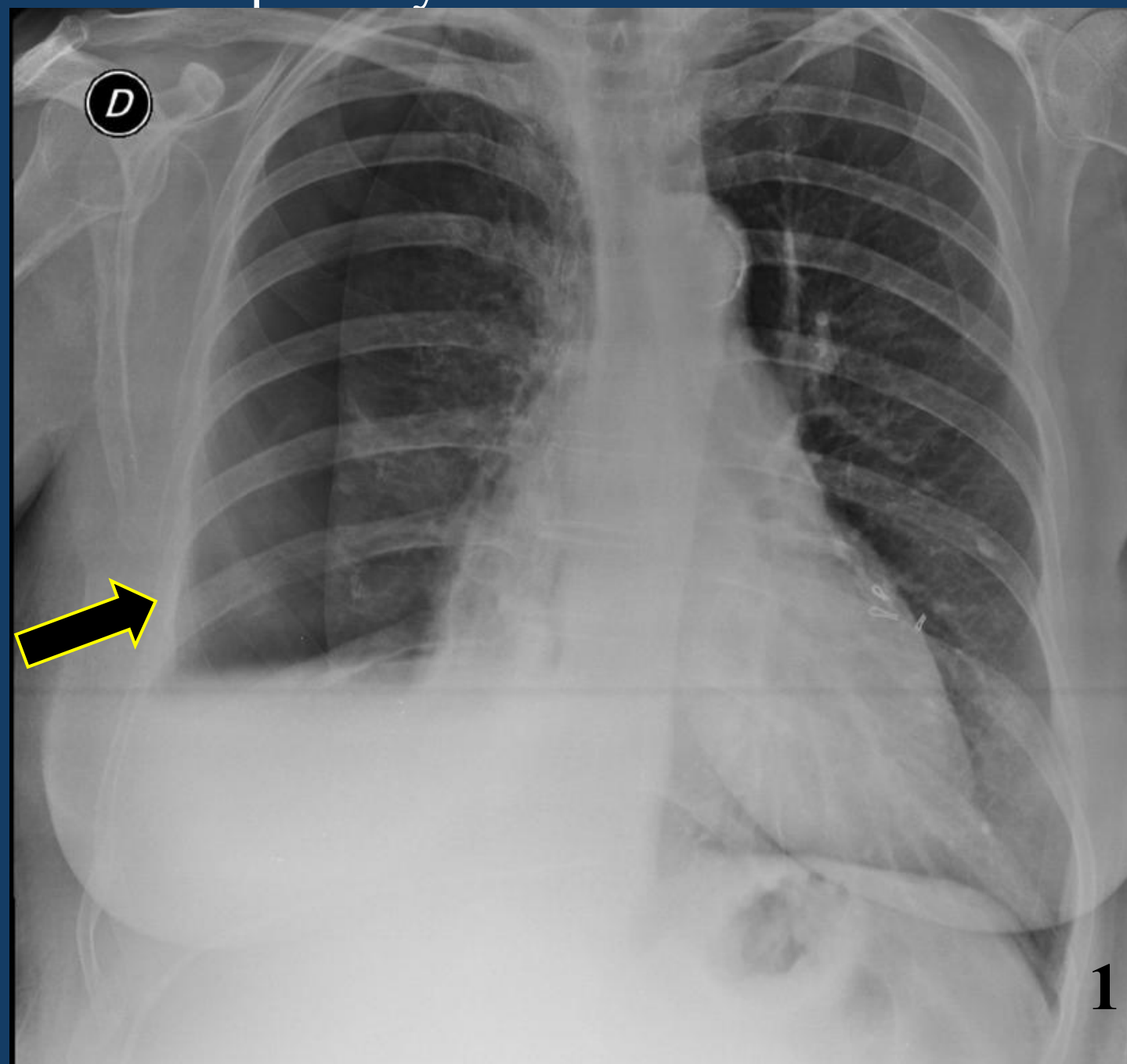
REVISIÓN DEL TEMA

El pulmón atrapado, también denominado “pulmón no expansible”, es una condición mecánica caracterizada por la incapacidad del parénquima pulmonar para expandirse completamente tras una toracocentesis evacuadora, debido a una disminución de la distensibilidad pulmonar secundaria a fibrosis pleural extensa, secundaria a procesos malignos, infecciosos o inflamatorios. En estos casos al drenar el líquido la presión pleural disminuye, en un pulmón sano esta presión negativa permite la reexpansión del parénquima. Sin embargo, en el pulmón atrapado, la presión intrapleurale cae de forma excesiva, lo que aumenta la trasudación de líquido desde los capilares de la pleura parietal perpetuando el derrame, sin lograr la expansión pulmonar. La toracocentesis en esta situación genera una presión intrapleurale baja que abre transitoriamente un pequeño orificio en el pulmón para permitir que el aire entre en el espacio pleural donde se encontraba el líquido del derrame constituyendo un hidroneumotórax. Clínicamente, se manifiesta con disnea progresiva y recurrencia del derrame pleural, incluso luego de procedimientos evacuatorios.

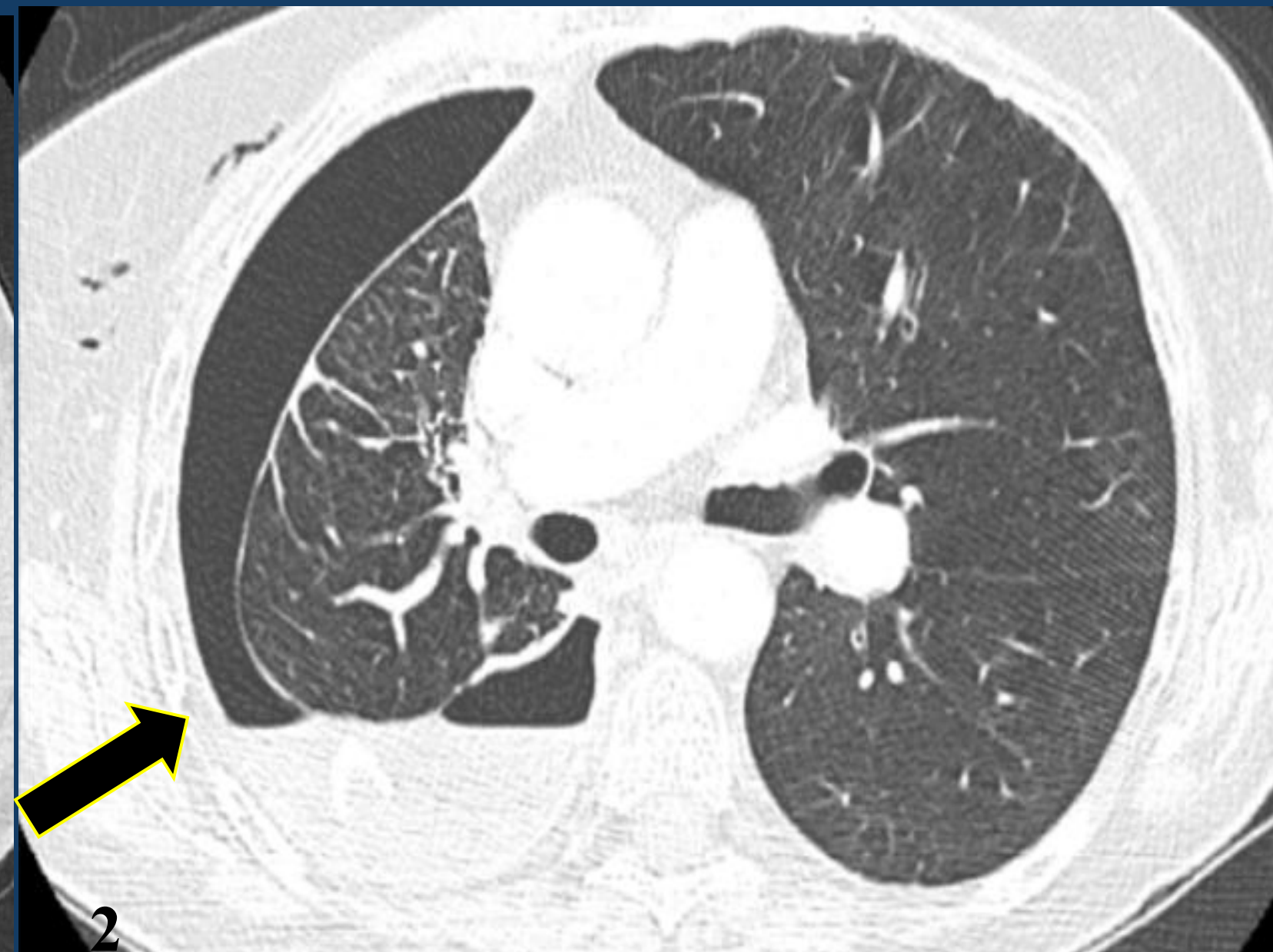
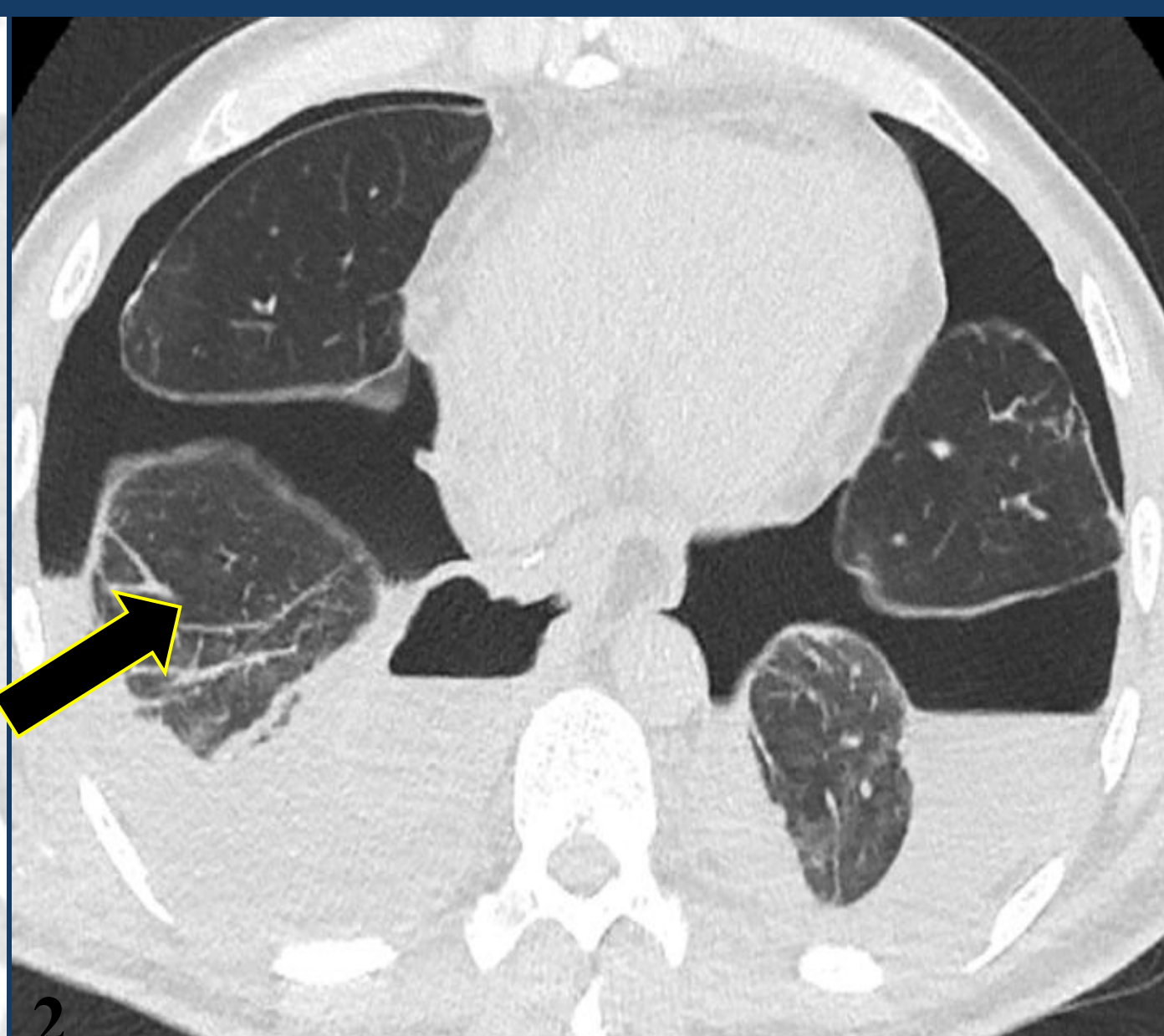
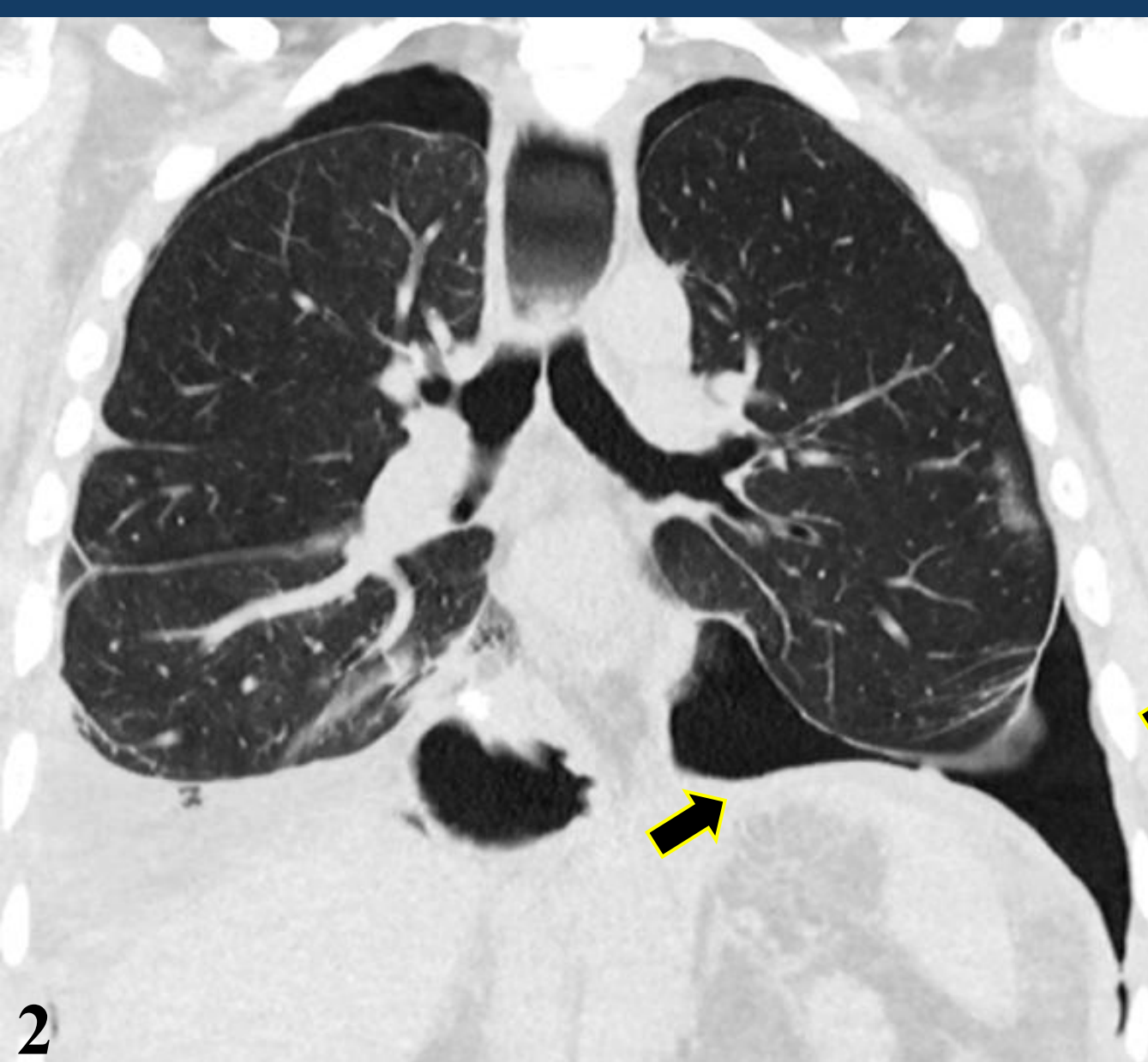
La TC de tórax es el método de elección para su sospecha y valoración.

Hallazgos imagenológicos:

- ❖ Engrosamiento pleural visceral.
- ❖ Retracción y colapso pulmonar.
- ❖ Hidroneumotórax.



Caso1. Femenina con APP de cáncer de mama y derrame pleural, que presentó disnea incluso luego del tubo de avenamiento pleural.



Caso 2. Masculino con antecedentes de cáncer de esófago que presentó un cuadro de insuficiencia respiratoria luego de toracocentesis evacuadora.

CONCLUSIÓN.

Dado a que se asocia con mal pronóstico, su reconocimiento oportuno mediante la sospecha clínica y la confirmación imagenológica, particularmente con tomografía computada, resulta fundamental para evitar intervenciones innecesarias y orientar el tratamiento adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

- Boggs, D. S., & Kinasewitz, G. T. (1995). Review: Pathophysiology of the pleural space. *The American Journal of the Medical Sciences*, 309(1), 5–11. <https://doi.org/10.1097/00000441-199501000-00008>
- Doelken, P., & Sahn, S. A. (2001). Trapped lung. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, 22(6), 631–636. <https://doi.org/10.1055/s-2001-18799>
- Feller-Kopman, D. (2019). Nonexpandable lung: More than just a call from radiology. *Annals of the American Thoracic Society*, 16(10), 1247–1248. <https://doi.org/10.1513/annalsats.201907-553ED>
- Huggins, J. T., Maldonado, F., Chopra, A., Rahman, N., & Light, R. (2018). Unexpandable lung from pleural disease. *Respirology*, 23(2), 160–167. <https://doi.org/10.1111/resp.13199>