
Cirugía vídeo-toroscópica en el manejo diagnóstico-terapéutico de los derrames pericárdicos benignos

J.M. Galbis¹, R. Guijarro¹, J.M. Rodríguez-Paniagua², C.A. Fuster³, C. Cortés¹, S. Figueroa¹

¹Servicio de Cirugía Torácica. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. ²Servicio de Cirugía Torácica. Hospital General Universitario de Alicante. ³Servicio de Cirugía General y Digestiva. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Introducción. El derrame pericárdico es una entidad clínica que requiere un manejo multidisciplinar. Varios procedimientos han sido descritos para practicar una pericardiotomía parcial suficiente para garantizar el drenado óptimo y que, además, permita la toma de muestras biopsicas. El objetivo del presente trabajo es evaluar la rentabilidad de la pericardiotomía parcial mediante cirugía vídeo-toroscópica (CVT) en los derrames pericárdicos con sospecha clínica de benignidad, valorando las indicaciones y su valor añadido frente a otras técnicas.

Material y métodos. Hemos realizado pericardiotomías a 19 pacientes con sospecha clínica de benignidad por CVT. La indicación fue establecida ante la aparición de síntomas atribuibles al derrame o cuando se precisaba la toma de muestras. La presencia de signos radiológicos y/o ecográficos de pericarditis constrictiva o de inestabilidad clínica, fueron contraindicaciones para la técnica.

Resultados. El diagnóstico tras estudio patológico fue de inflamación crónica en 6 casos, tuberculosis (TBC) activa en 2 y una pericarditis de origen urémico en otros 4. Etiología neoplásica no diagnosticada previamente fue establecida en 2 pacientes; en 5 casos se drenaron derrames postquirúrgicos de cirugía cardíaca.

Conclusiones. La CVT resulta una técnica adecuada para el manejo diagnóstico-terapéutico de aquellos derrames pericárdicos no diagnosticados y en los postquirúrgicos. Su elevado rendimiento diagnóstico, su baja morbilidad y casi nula existencia de recidivas lo hacen especialmente indicado en casos en que se precise la toma de muestras y la supervivencia previsible sea larga.

Palabras clave: Pericardiotomía parcial endoscópica. Taponamiento cardíaco; vídeo-toroscopia. Derrame pericárdico benigno.

Introducción. *Introduction.* Pericardial effusion is a clinical disease that requires multidisciplinary management. Several procedures have been described to perform a sufficient partial pericardiotomy in order to assure optimum drainage and that would also permit biopsy samples to be obtained. The purpose of this work is to evaluate the profitability of the partial pericardiotomy through video-assisted thoracoscopic surgery (VTS) in pericardial effusions with clinical suspicion of benignancy, evaluating its indications and its added value compared to other techniques

Material and methods. *We have performed pericardiotomies in 19 patients with clinical suspicions of benignancy using VTS. The indication was established due to the appearance of symptoms that could be attributed to effusion or when it was necessary to obtain samples. The presence of radiological and/or ultrasonographic signs of constrictive pericarditis or clinical instability were contraindications for the technique.*

Results. *The diagnosis after the pathology study was chronic inflammation in 6 cases, active tuberculosis (TBC) in 2 cases and uremic pericarditis in 4 more cases. Previously undiagnosed neoplastic etiology was established in 2 patients; in 5 cases, postsurgical effusions of cardiac surgery were drained.*

Conclusions. *VTS is an adequate technique for the diagnostic-therapeutic management of those undiagnosed pericardial effusions and in post-surgical ones. Its high diagnostic performance, low morbidity and almost null existence of relapses has made it especially indicated in cases where it is necessary to obtain samples and the foreseeable survival is long.*

Key words: *Endoscopic partial pericardiotomy. Cardiac taponad; video-assisted thoracoscopy. Benign pericardial effusion*

Correspondencia: J.M. Galbis Caravajal. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Avd Tres Cruces, nº 2. 46014 Valencia.
e-mail: josegalbiscar@gmail.com

Recibido: 1 de diciembre de 2008

Aceptado: 23 de febrero de 2009

INTRODUCCIÓN

Una complicación frecuente de la pericarditis aguda es el derrame pericárdico. Si la entidad responsable del cuadro clínico no es identificada, el riesgo de taponamiento cardiaco o de progresión de la enfermedad subyacente debe ser valorado.

Los derrames pericárdicos pueden estar ocasionados por agentes etiológicos que precisen confirmación de laboratorio, tales como infecciones, tuberculosis (TBC), secuelas postirradiación, enfermedades del colágeno, uremia o cardiopatías. En estos casos la biopsia del pericardio es necesaria para realizar un estudio microbiológico e histopatológico de certeza¹.

La mitad de los derrames presentan síntomas claros de taponamiento pericárdico que requiere una evacuación urgente, independientemente de la etiología desencadenante. En los pacientes en que es necesaria una pericardiectomía permanente, con toma dirigida de muestras, la cirugía juega un papel principal. A estos procedimientos tradicionales se añadió la cirugía vídeo-toroscópica (CVT), la cual permite la realización de una pericardiectomía adecuada, en el lugar idóneo y con baja morbilidad².

El objetivo del presente trabajo es evaluar la rentabilidad de la pericardiectomía parcial mediante CVT en los derrames pericárdicos con sospecha clínica de benignidad, valorando las indicaciones y su valor añadido frente a otras técnicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Entre octubre del 2000 y junio del 2008 hemos practicado pericardiectomías parciales por videotoroscopia a 19 pacientes (Tabla I), todos con sospecha clínica de benignidad pero sin confirmación histopatológica/microbiológica del pericardio.

Todos los pacientes fueron diagnosticados mediante una ecocardiografía que demostraba la existencia del derrame. La indicación fue establecida ante la aparición de síntomas atribuibles al derrame (hipotensión, oliguria, etc.) o cuando se precisaba la toma de muestras pericárdicas para estudio anatomopatológico. La presencia de signos clínicos, radiológicos y/o ecográficos de inestabilidad clínica o de pericarditis constrictiva fueron contraindicaciones para la técnica.

En caso de de taponamiento cardiaco practicamos una pericardiocentesis o un drenaje subxifoideo, evaluando la necesidad de la ventana pericárdica en función de la evolución clínica, estabilidad hemodinámica o necesidad de diagnóstico histopatológico.

Se solicitó una tomografía computarizada (TC) torácica previamente a la realización de la biopsia para descartar patología pleuro-pulmonar, valorar el tamaño de las cavidades cardiacas y la localización del líquido pleuropericárdico, datos de utilidad para elegir la colocación de los trocares quirúrgicos (Fig. 1).

TÉCNICA QUIRÚRGICA

El procedimiento fue realizado bajo anestesia general y con colapso pulmonar (tubo orotraqueal de doble luz), colocando al paciente en decúbito lateral.

Una primera puerta fue practicada en línea posterior axilar izquierda, a la altura del 7º espacio intercostal. Tras explorar la cavidad pleural con la cámara, un segundo trocar fue introducido en línea axilar anterior a nivel del 4º-5º espacio intercostal. Utilizamos una óptica con canal de trabajo, lo que nos permitió trabajar con sólo 2 vías.

Tras identificar el nervio frénico, se eligió el lugar donde practicar la apertura del pericardio. Se electrocoagula la superficie a

incidir para facilitar la realización de una pequeña incisión, por donde se evacua parte del líquido. La cavidad virtual así creada se prolonga mediante sección con endotijera, mientras el ayudante procede a la tracción del pericardio mediante una pinza de agarre.

Se realiza una sección de pericardio entre 3 y 6 cm (Fig. 2) tomando muestras de líquido pleural (si existe), líquido y tejido pericárdicos, siendo remitidas para estudio microbiológico y patológico. No se practicó pleurodesis en ningún caso.

El procedimiento finaliza dejando un drenaje de silicona a través de uno de los orificios practicados, evitando el contacto directo con el miocardio (ya que puede provocar trastornos del ritmo cardiaco), conectado a un sistema colector.

Todos los pacientes fueron extubados en quirófano y, tras permanecer en la Unidad de Cuidados Intermedios durante una media de 84 minutos, ingresaron en la planta de hospitalización.

RESULTADOS

19 pericardiectomías parciales fueron practicadas en pacientes con sospecha de etiología no neoplásica. Sin embargo, tras el estudio de las muestras del pericardio, se diagnosticaron un linfoma y una carcinomatosis no conocida.

Se trataron 12 hombres y 7 mujeres con una edad media de 66,9 años (rango: 48-83). Cinco pacientes habían sido operados en los días previos de una patología cardiaca (Tabla II) y anticoagulados, presentando un derrame pericárdico, sin taponamiento, pero con signos clínicos que aconsejaban el adecuado drenaje.

En 9 casos se drenó un derrame pleural concomitante ipsilateral, tomando biopsias pleurales en 6 pacientes. El líquido pleural evacuado osciló entre 300 y 1.100 ml.

No hubo complicaciones en relación al procedimiento. El drenaje torácico se retiró entre 1-3 días después de la cirugía (media: 1,57 días).

Los estudios de las muestras revelaron una inflamación crónica en 6 casos, tuberculosis (TBC) activa en 2 y una pericarditis de origen urémico en otros 4. Etiología neoplásica no diagnosticada previamente fue establecida en 2 pacientes y, en los casos de derrame postquirúrgico, el pericardio no mostró alteraciones relevantes.

Dos de los procedimientos requirieron conversión a toracotomía antero lateral debido a la fibrosis y engrosamiento del pericardio que imposibilitó la técnica vía endoscópica.

Antes del alta hospitalaria y tras retirar el drenaje torácico se practicó una ecocardiografía que demostró la ausencia de líquido pericárdico.

Un paciente con pericarditis crónica de origen inflamatorio fue ingresado de nuevo un mes después por un derrame pleural homolateral superior al 50% que precisó un nuevo drenaje torácico.

El intervalo de seguimiento de los pacientes fue de 37 meses (rango: 11-92).

DISCUSIÓN

En los derrames pericárdicos agudos, la pericardiocentesis es el tratamiento de elección, tanto por su facilidad de ejecución técnica como por el hecho de poder ser practicada con anestesia local³ al tratarse de un procedimiento mínimamente invasivo.

Sin embargo la pericardiocentesis tiene un valor limitado en el tratamiento definitivo del derrame en aquellos casos con marcado engrosamiento del pericardio y donde se precise la toma de muestras para estudio⁴.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2686096>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2686096>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)