



Urgencias de cirugía torácica

R. Peñalver Pascual, L. Huerta Martínez, D. Rincón García y L. Martín-Albo Caballero

Servicio de Cirugía Torácica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Palabras Clave:

- Cirugía torácica urgente
- Derrame pleural
- Neumotórax
- Mediastinitis
- Traumatismos torácicos

Keywords:

- Urgent thoracic surgery
- Pleural effusion
- Pneumothorax
- Mediastinitis
- Thoracic trauma

Resumen

Las urgencias quirúrgicas del tórax son una patología habitual en cualquier hospital terciario. El manejo del neumotórax y del derrame pleural como principales exponentes de la patología urgente de la pleura y su tratamiento quirúrgico mediante la inserción de drenajes intratorácicos son revisados en esta actualización. La mediastinitis se clasifica en función de su etiología en postoperatoria, secundaria a perforación esofágica y mediastinitis aguda descendente necrotizante tras infección en orofaringe y abscesos peridentales. Los traumatismos torácicos cerrados y abiertos son los causantes de gran morbimortalidad en la población, siendo los más comunes los que afectan a la pared torácica, representando las fracturas costales y de esternón su expresión más frecuente, con una importante incidencia de la cirugía por hemotórax y, aunque menos frecuente, mayor gravedad en las lesiones traumáticas de tráquea y bronquios y de los grandes vasos torácicos.

Abstract

Urgent thoracic surgery

The chest surgical emergencies are a common pathology in any tertiary hospital. The treatment of pneumothorax and pleural effusion as leading exponents of urgent pleural pathology and surgical management by inserting intrathoracic drainage are reviewed in this chapter. The mediastinitis is classified according to their etiology in postoperative secondary to esophageal perforation and acute descending necrotizing mediastinitis after peridentales oropharyngeal infections and abscesses. The open and closed chest injuries are the cause of high morbidity and mortality in the population, the most common affecting the chest wall, representing the sternum and rib fractures the most common expression, with significant incidence of surgery for hemothorax and even less often more severe traumatic injuries in the trachea and bronchi and major thoracic vessels.

Drenaje pleural

El drenaje pleural es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en cirugía torácica, constituyendo el tratamiento de elección en un amplio número de patologías (neumotórax, derrame pleural maligno, empiema y derrame paraneumónico complicado, quilotórax, hemotórax y neumotórax traumático y tras la apertura de la cavidad pleural)¹.

La principal función del drenaje pleural es la evacuación de colecciones aéreas y/o líquidas con la finalidad de resta-

blecer la presión negativa fisiológica intrapleural y conseguir la reexpansión pulmonar².

La elección del tipo de drenaje dependerá principalmente de la naturaleza del fluido que deseamos drenar³: los fluidos líquidos densos necesitarán drenajes de elevado calibre (24 CH a 32 CH); los fluidos serosos podrán ser drenados mediante drenajes de calibre intermedio (20 CH a 24 CH); y en los neumotórax pueden utilizarse drenajes de calibre pequeño tipo *pleurecath* (8 CH a 12 CH), salvo en situaciones en las que se prevea una fuga aérea importante, en los hidroneumotórax y en aquellos de origen traumático en los que se recomiendan drenajes de calibre intermedio o elevado⁴.

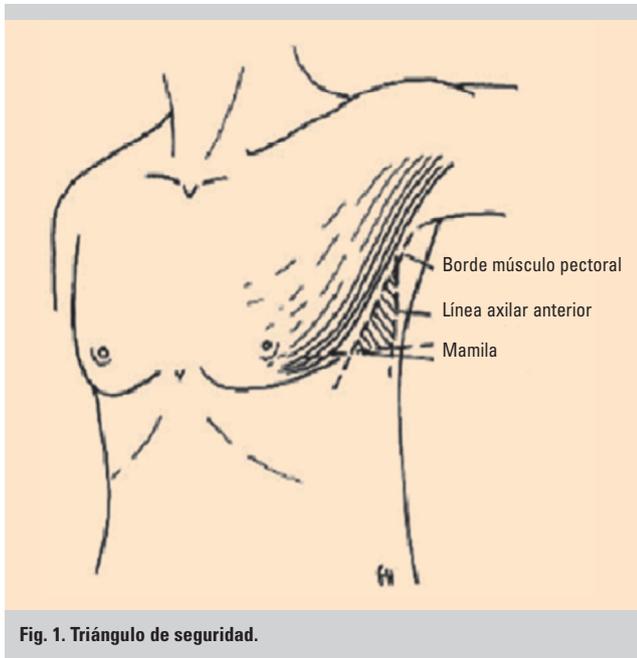


Fig. 1. Triángulo de seguridad.

Técnica de inserción

Previo a la inserción del drenaje es recomendable disponer de un hemograma y de unos tiempos de coagulación reciente¹. Una valoración pormenorizada de la radiografía torácica en sus dos proyecciones posteroanterior (PA) y lateral (LAT) resulta imprescindible para diferenciar situaciones que pueden llevarnos a un fracaso de la técnica quirúrgica: neumotórax frente a bullas de gran tamaño en pacientes con enfisema bulloso, atelectasia pulmonar frente a colapso secundario a un derrame pleural, y elevación diafragmática frente a derrame pleural¹.

Aunque un drenaje pleural puede ser colocado donde sea preciso, lo ideal es poder hacerlo en un quirófano con todos los medios al alcance del cirujano y con el paciente monitorizado³.

Colocación del paciente

La técnica se realizará generalmente con el paciente situado en decúbito supino o anterolateral y con el brazo ipsilateral por detrás de su cabeza³. En los casos de derrames pleurales posteriores y basales puede ser más cómodo y efectivo colocar al paciente en sedestación.

Lugar de inserción del drenaje

Cuando se trata de un derrame pleural libre, se prefiere colocar el drenaje a la altura del cuarto al sexto espacio intercostal en la línea axilar media (triángulo de seguridad) (fig. 1). Un aspecto importante a la hora de realizar la técnica es hacia dónde dirigir el drenaje pleural; como regla general, en el caso de un neumotórax el drenaje se dirige hacia la región apical y anterior, mientras que cuando se trata de drenar un derrame pleural el tubo debe dirigirse hacia la región basal y posterior³.

En los derrames pleurales o neumotórax loculados el drenaje será colocado en el lugar donde se localiza la cámara pleural¹.

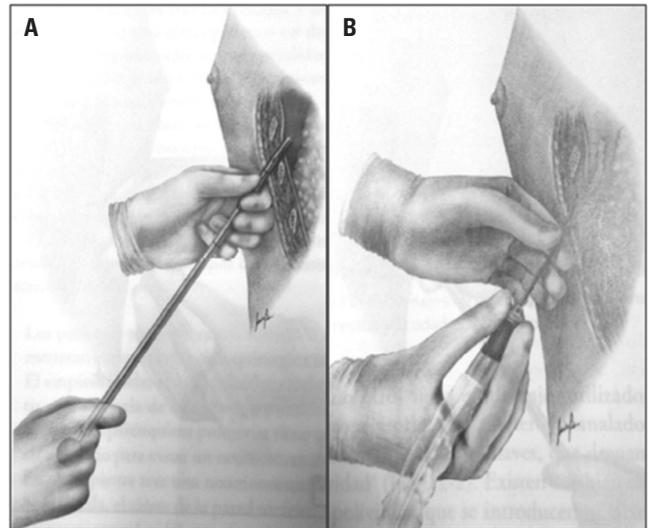


Fig. 2. Técnica de inserción de un drenaje pleural. A. Colocación de drenaje con trocar. B. Colocación de drenaje con sistema de aplicación.

Técnica de inserción

Tras limpiar la zona con una solución antiséptica procedemos a realizar una toracocentesis previa efectiva, la cual nos permitirá localizar la cámara pleural y obtener muestras para su estudio. Posteriormente se procede a la infiltración por planos del anestésico local. Pasados unos minutos se realiza la incisión en la piel con bisturí (no debe ser mucho mayor que el calibre del drenaje) y la disección roma de los planos musculares hasta llegar a la cavidad pleural. Previo a la inserción del drenaje puede resultar útil la exploración digital para descartar la presencia de adherencias pleuroparenquimatosas. La inserción del drenaje puede realizarse mediante la técnica del trocar (drenaje con guía metálica) o mediante la técnica del *clamp* (drenaje guiado con *clamp* en un extremo). Actualmente disponemos de drenajes con sistema de aplicación (fig. 2), destacando el drenaje tipo *pleurecath* (drenaje a través de una aguja) o el drenaje tipo Seldinger (sigue la técnica de Seldinger de guías y dilatadores). Estos drenajes representan ventajas por ser menos traumáticos, pero debido a su pequeño calibre son de utilidad controvertida en derrames densos y en colecciones postraumáticas.

Sistemas de colección

Los sistemas de colección son dispositivos ideados para recoger el contenido del espacio pleural evacuado por los drenajes pleurales. Se caracterizan por ser sistemas valvulares unidireccionales que impiden el retorno del aire o del líquido drenado, además de mantener la presión intrapleural negativa y facilitar la reexpansión pulmonar².

Sistemas compactos tricamerales

Están integrados por los siguientes elementos²: cámara colectora (recoge el líquido pleural drenado), cámara de sello de agua (actúa como válvula unidireccional mediante un sellado subacuático³) y cámara de control de aspiración (permite controlar la presión negativa aplicada al tórax cuando el equipo se conecta a una fuente de aspiración externa).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3805336>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3805336>

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