



ORIGINAL

Tratamiento del empiema paraneumónico tabicado: ¿videotoracosopia o fibrinolíticos?

C. Marhuenda^{a,*}, C. Barceló^a, J.A. Molino^a, G. Guillén^a, A. Moreno^b y X. Martínez^c

^a Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España

^b Unidad de Neumología Pediátrica, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España

^c Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España

Recibido el 12 de marzo de 2011; aceptado el 13 de mayo de 2011

Disponible en Internet el 6 de julio de 2011

PALABRAS CLAVE

Empiema
paraneumónico
tabicado;
Tratamiento;
Videothoracoscopy;
VATS;
Uroquinasa;
Tratamiento con
fibrinolíticos

Resumen

Objetivo: El tratamiento ideal del empiema paraneumónico no está determinado. El objetivo del estudio es comparar la evolución del derrame paraneumónico tabicado según el tratamiento inicial, videotoracosopia (VATS) o drenaje con fibrinolíticos (DF).

Material y métodos: Revisión retrospectiva. Pacientes ingresados con el diagnóstico de derrame paraneumónico entre enero de 2001 y julio de 2008. Los derrames complicados (según la ecografía) fueron tratados con drenaje y uroquinasa (DF) o con videotoracosopia (VATS), dependiendo del cirujano responsable. Las variables analizadas fueron: el número de días hospitalizado tras la intervención, número de días totales de hospitalización, días con drenaje, días de fiebre tras la intervención y fracasos del tratamiento.

Resultados: Se atendieron 121 pacientes. Diecisiete pacientes fueron excluidos del análisis por tratarse de derrames paraneumónicos simples. De los 104 analizados, 47 fueron tratados con drenaje y uroquinasa y 57, con videotoracosopia. No hubo diferencias significativas entre ambos grupos en la estancia hospitalaria (mediana 12 vs 12 días) ni estancia post-operatoria (mediana 10 vs 9 días). Se encontraron diferencias en los días de drenaje (mediana grupo DF 5 días, VATS, 4 días, $p < 0,05$) y en los días de fiebre post-operatoria (mediana 3 vs 2 días, $p < 0,05$). El 22% de los pacientes precisó de una reintervención (14 del grupo DF y 9 del grupo VATS, $p = 0,09$).

Conclusiones: Los resultados de la VATS frente al DF como tratamiento inicial del empiema tabicado son muy similares. Parece existir una mayor tasa de fracasos con necesidad de reintervención en aquellos casos tratados con inicialmente con uroquinasa, aunque no ocasionan un aumento significativo de la estancia hospitalaria de los pacientes.

© 2011 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: claudia.marhuenda@ssib.es (C. Marhuenda).

KEYWORDS

Complicated
parapneumonic
effusion;
Treatment;
Videothoracoscopy;
VATS;
Urokinase;
Fibrinolytics therapy

Treatment of loculated parapneumonic empyema. Video assisted thoracoscopy or fibrinolytics?

Abstract

Objective: There is no consensus regarding the ideal treatment of loculated parapneumonic empyema (PPE).

The aim of this study is to compare the effectiveness of drainage plus urokinase (DF) with video-assisted thoracoscopy (VATS).

Material and methods: Retrospective review. Patients admitted with a PPE between January 2001 and July 2008. Loculated empyema was diagnosed by chest ultrasound and patients were treated with DF or VATS depending on the attending surgeon. Compared variables were: post-operative stay, total hospital stay, days of tube thoracostomy, post-operative fever and treatment failure.

Results: One hundred and twenty one patients were admitted with the diagnosis of PPE. Seventeen patients were excluded from analysis because of simple parapneumonic effusions. Of the 104 patients included in the study, 47 were treated with urokinase and 57 with videothoracoscopy. No statistically significant differences ($P > .05$) were found between the median values in the DF and VATS groups for hospital stay (median 12 vs 12 days) or post-operative stay (median 9 vs 9 days). There were differences in duration of tube thoracostomy (median DF group 5 days, VATS, 4 days, $P < .05$) and in the post-operative fever (median 3 vs 2 days, $p < 0.05$). Twenty two per cent of children needed a second procedure (14 patients of DF and 9 of VATS group, $P = .09$). **Conclusions:** According to our experience, the results of DF and VATS for the treatment of loculated parapneumonic empyema are similar. Although there are no statistical differences, there seems to be a higher rate of failure, with the need of more procedures in the DF group. This difference does not affect the average total hospital stay.

© 2011 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El derrame pleural paraneumónico es la complicación más frecuente de la neumonía bacteriana en la infancia. La frecuencia del empiema en adultos se estima en el 5% de los pacientes con neumonía, mucho mayor que en niños, en los que entre el 0,6 y el 2% de las neumonías se complican con un empiema¹. En nuestro entorno se ha estimado un incremento considerable de su incidencia entre los años 1999 a 2004, aumentando desde 1,7 a 8,5 casos/100.000 niños menores de 5 años². La mayoría de dichos derrames están en el estadio I o exudativo y se resuelven con tratamiento antibiótico con o sin drenaje simple. Sin embargo, cuando la infección progresa, se deposita material fibrino-purulento formando tabiques (estadio II o fibrino-purulento) y puede aparecer una capa gruesa de fibrina sobre la pleura tanto visceral como parietal que dificulta la expansión del pulmón (estadio III u organizado). Ello dificulta la resolución del derrame solo con tratamiento médico, ocasionando largas estancias hospitalarias y la necesidad, finalmente, del desbridamiento quirúrgico^{3,4}.

Con la finalidad de mejorar la evolución de estos pacientes, se han implementado diferentes estrategias para tratar el empiema: drenaje torácico con instilación intrapleural de fibrinolíticos (DF), videotoracosopia (VATS) y toracotomía con decorticación⁵. Sin embargo, existe una gran variabilidad en la práctica clínica en el manejo del empiema en niños. El tratamiento inicial ideal es controvertido. Algunos autores preconizan el empleo precoz de la VATS, mientras que otros prefieren el uso inicial del drenaje torácico con fibrinolíticos.

El objetivo de nuestro estudio es comparar la evolución del empiema tabicado en una serie amplia retrospectiva de casos, dependiendo del tratamiento inicial aplicado, VATS o drenaje y uroquinasa.

Pacientes y métodos

Se realizó una revisión retrospectiva de los pacientes ingresados en nuestro centro para tratamiento quirúrgico del empiema paraneumónico entre enero de 2001 y julio de 2008.

A todos los pacientes, tras el diagnóstico de derrame pleural paraneumónico mediante criterios clínicos y radiológicos (radiografía simple de tórax) se les practicó una ecografía de tórax; la ecografía sirvió para clasificar el derrame pleural en: simple (líquido libre sin septos) o tabicado (presencia de septos, líquido muy ecogénico o muy organizado (en «panal de abeja»)) (fig. 1). Los pacientes que presentaban un derrame pleural simple fueron tratados exclusivamente con un drenaje torácico y excluidos del análisis, mientras que los pacientes afectados de derrame tabicado fueron tratados con DF o VATS según la preferencia del cirujano responsable.

El tratamiento fibrinolítico se realizó con uroquinasa (UK), de la cual se instiló a través del drenaje torácico un volumen de 20 (< de 10 kg) a 40 ml (> de 10 kg) cada 8 h de una dilución de uroquinasa de 1.000 UI/ml. La instilación se realizó en forma de bolo y sin administrar analgesia de forma profiláctica. Tras la instilación, se dejaba el drenaje pinzado durante 4 h, despinzándose durante las siguientes 4 h en las

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4142095>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4142095>

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