



Original

Uso del drenaje pleural permanente en el manejo ambulatorio del derrame pleural maligno recidivante

Enrique Cases^{a,*}, Luis Seijo^b, Carlos Disdier^c, María José Lorenzo^a, Rosa Cordovilla^d, Francisca Sanchis^a, Marimar Lacunza^b, Gregoria Sevillano^c y Fátima Benito-Sendín^d

^a Servicio de Neumología, Hospital Universitario La Fe, Valencia, España

^b Departamento de Neumología, Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona, Navarra, España

^c Sección de Neumología, Hospital San Pedro de Alcántara, Centro de Investigaciones Biomédicas en Red (CIBER) de Enfermedades Respiratorias, Cáceres, España

^d Servicio de Neumología, Hospital Universitario Salamanca, Salamanca, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 1 de mayo de 2009

Aceptado el 14 de septiembre de 2009

On-line el 29 de octubre de 2009

Palabras clave:

Derrame pleural maligno

Catéter pleural tunelizado permanente

Paciente ambulatorio

RESUMEN

Introducción: El objetivo del estudio ha sido analizar la eficacia y seguridad del catéter de drenaje pleural permanente en el manejo de pacientes con diagnóstico de derrame pleural maligno.

Pacientes y métodos: Se ha realizado un estudio prospectivo y multicéntrico de 63 pacientes consecutivos de 4 hospitales españoles. Se incluyó a 43 varones y 20 mujeres, con una mediana de edad de 67 años, diagnosticados de derrame pleural maligno sintomático. En 7 casos el tratamiento se indicó tras fracaso de pleurodesis, en 5 por encontrarse el pulmón atrapado, en otros 5 tras toracocentesis repetidas y en el resto como indicación preferente a la pleurodesis. A todos los pacientes se les insertó de forma ambulatoria un catéter tunelizado permanente (PleurX[®], Denver Biomedical).

Resultados: La mayoría de los pacientes (95,4%) refirió mejoría parcial o completa de los síntomas respiratorios (tos y disnea) y de su capacidad funcional. La mediana de duración de uso del catéter fue de 45 días (rango: 6–222). La mediana diaria de líquido pleural drenado fue de 75 ml. En 22 casos (34,9%) se produjo una pleurodesis espontánea. No se registraron complicaciones durante la inserción del catéter. Las complicaciones durante el seguimiento fueron las siguientes: empiema (3 casos), dolor torácico (2 casos) y diseminaciones del tumor por el lugar de inserción del tubo (3 casos).

Conclusiones: El catéter de drenaje pleural permanente es eficaz en el manejo ambulatorio del paciente con derrame pleural maligno sintomático. Es un procedimiento sencillo que no precisa ingreso hospitalario, de fácil manejo para el paciente en su domicilio y con escasas complicaciones.

© 2009 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Use of Indwelling Pleural Catheter in the Outpatient Management of Recurrent Malignant Pleural Effusion

ABSTRACT

Background and objective: To analyse the effectiveness and safety of the indwelling pleural catheter in the management of recurrent malignant pleural effusion.

Patients and methods: A prospective multicentre study was performed in 63 consecutive outpatients from four Spanish hospitals. A total of 43 men and 20 women were included, with a median age of 67 years. In seven of the cases treatment with pleurodesis had failed; in five other cases their lung was trapped; in another five cases after repeat therapeutic thoracocentesis, and the rest of them as a preference choice to pleurodesis. All patients had an indwelling pleural catheter inserted (PleurX[®], Denver Biomedical).

Results: Most of patients (94.5%) reported an improvement in their respiratory symptoms (cough and dyspnoea) and their ability to function independently. Average length of the catheterisation was 45 days (6–222). Average amount of drained pleural effusion was 75 ml, with a frequency of drainage of between 3 and 4 times per week and once fortnightly. Spontaneous pleurodesis was achieved following 34.9% of procedures. No complications occurred during the insertion of the catheter. The post-catheterisation complications were empyema (3 cases), chest pain (2 cases), and tumour metastasis (3 cases).

Keywords:

Malignant pleural effusion

Indwelling catheter

Outpatient

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cases_enr@gva.es (E. Cases).

Conclusions: The use of an indwelling pleural catheter is an effective palliative treatment in the outpatient management for patients suffering malignant pleural effusion. It is also a simple treatment that can be easily applied, does not require hospitalisation and can be easily managed by the patient at home, with a low rate of complications.

© 2009 SEPAR. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La presencia de derrame pleural maligno (DPM) supone el establecimiento de un estado de enfermedad avanzada en pacientes con enfermedad neoplásica. Constituye un problema clínico frecuente en estos pacientes que se asocia a un pobre pronóstico y a un empeoramiento de la calidad de vida¹. De igual modo, el pronóstico vital se ensombrece y disminuye la mediana de supervivencia entre 3 y 12 meses².

La etiología más frecuente del DPM es el carcinoma broncogénico, seguido del carcinoma de mama y el linfoma. Otras etiologías menos frecuentes son los tumores gastrointestinales, el carcinoma de ovario y el mesotelioma³. Sin embargo, hasta en un 7-15% de DPM se desconoce cuál es el tumor primario tras un exhaustivo estudio de extensión⁴. La disnea es el síntoma más común en estos pacientes y ocurre en más de la mitad de los casos³. Otros síntomas frecuentes son la tos, el dolor torácico y el síndrome constitucional^{4,5}.

Con el objetivo de aliviar estos síntomas respiratorios, se han desarrollado diferentes técnicas paliativas para el manejo del DPM. La toracocentesis repetida es una técnica fácil y ampliamente extendida que con frecuencia resulta insuficiente para el tratamiento del DPM recidivante. Esto es debido a la rápida y sintomática reacumulación de líquido, que puede ocurrir a los 4 días de la toracocentesis⁶. Otra técnica frecuentemente utilizada es la pleurodesis. Con esta técnica se obtienen efectos más duraderos siempre y cuando se consiga un adecuado drenaje del líquido pleural y la posterior sífnisis de ambas hojas pleurales. Con este fin se han utilizado distintos agentes sinfisantes. Los más empleados en la actualidad son el talco, la doxiciclina y la bleomicina. No obstante, el éxito de la pleurodesis puede verse comprometido cuando el análisis del líquido pleural muestra valores bajos de pH y glucosa^{1,7,8}. En otras ocasiones la realización de esta técnica no es posible por falta de reexpansión pulmonar tras la toracocentesis o por tratarse de un pulmón atrapado.

El uso de catéteres de pequeño calibre en pacientes no hospitalizados constituye una nueva opción en el tratamiento paliativo de pacientes con DPM. Con la intención de conocer la experiencia inicial en 4 hospitales españoles, iniciamos un estudio prospectivo y descriptivo de una serie de pacientes con DPM recidivante. El objetivo del estudio fue analizar el beneficio clínico y la seguridad del catéter intrapleural permanente en pacientes no hospitalizados con DPM.

Pacientes y métodos

Diseño del estudio

Entre junio de 2005 y noviembre de 2008 se llevó a cabo un estudio prospectivo y observacional de seguimiento en los Servicios de Neumología de 4 hospitales de nivel terciario: Hospital Universitario La Fe de Valencia, Clínica Universitaria de Pamplona, Hospital San Pedro de Alcántara en Cáceres y Hospital Universitario de Salamanca. Se incluyó en total a 63 pacientes consecutivos procedentes de los Servicios de Neumología y Oncología Médica con diagnóstico de DPM. Los pacientes fueron tratados mediante la inserción de un catéter de drenaje pleural

tunelizado permanente (PleurX[®], Denver Biomedical). Los criterios de inclusión fueron: pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de DPM sintomático (tos y/o disnea) y esperanza de vida inferior a 3 meses que no fueran candidatos a pleurodesis, o pacientes con esperanza de vida superior a 3 meses y fracaso del tratamiento o pleurodesis previa ineficaz, o bien pulmón atrapado. Se excluyó a los pacientes con alteraciones en la coagulación, deformidades de la caja torácica, infección activa del espacio pleural o derrame pleural organizado.

Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, hábitos tóxicos, neoplasia maligna primaria, datos analíticos de sangre y líquido pleural, tratamiento oncológico recibido, tamaño y localización del derrame. El grado de actividad física del paciente se evaluó según el índice de Karnofsky, que puntúa el estado general del paciente con valores que van del 100 al 0, donde el 100 corresponde a la ausencia de síntomas y el 0 a la ausencia de vida.

Colocación del catéter pleural

En todos los casos se usó el catéter pleural PleurX[®] (Denver Biomedical). Se trata de un catéter de silicona de 66 cm de longitud y 15,5 F de grosor, con fenestraciones a lo largo de 24 cm en el extremo distal. En el extremo proximal posee una válvula unidireccional que permite la colocación de un recipiente con vacío, de un máximo de 650 ml de líquido pleural por cada recipiente. El catéter se colocó de forma ambulatoria bajo anestesia local con mepivacaína o lidocaína al 2%. Tras localizar el líquido pleural se introduce una guía intratorácica en sentido posterocaudal, después se realiza una incisión opuesta a un nivel inferior a fin de crear un túnel de aproximadamente 5 cm para el catéter. Éste se introduce por la incisión inferior a través del túnel hasta la incisión proximal. Por esta incisión, y con ayuda de una guía de goma, se introduce el catéter en la cavidad pleural. Posteriormente el catéter se sujeta a la piel mediante sutura. El drenaje funciona inmediatamente y tras su colocación se evacúan entre 1.000-1.500 ml (figs. 1 y 2). Todos los pacientes firmaron el consentimiento informado previamente a la colocación del catéter de drenaje pleural permanente (DPP).

Seguimiento de los pacientes

Se instruyó tanto al paciente como a sus familiares en el manejo y mantenimiento del catéter tras su colocación. Se programaron visitas médicas para todos los pacientes a los 15 y 45 días de la colocación del catéter pleural, y posteriormente cada 2 meses. Se les recomendó que el drenaje del líquido pleural se realizara de forma intermitente dependiendo de la presencia de síntomas respiratorios.

En la base de datos se incluyeron, además de la fecha de inserción y de retirada del DPP: presencia de complicaciones, control de los síntomas respiratorios, cantidad de líquido drenado (en mililitros), frecuencia de drenaje, aparición de pleurodesis espontánea y muerte. Se consideró que la pleurodesis había fracasado si el derrame pleural reaparecía tras una pleurodesis inicialmente satisfactoria. El tamaño del derrame pleural se midió antes de la inserción del drenaje pleural mediante radiografía de tórax y/o ecografía transtorácica. Según la afectación del hemitórax, se graduó en un tercio, dos tercios y masivo. El control de los

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4204242>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4204242>

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