



Cartas al Director

Uso de la ecografía torácica en la comprobación de la resolución del neumotórax tras drenaje



Use of Thoracic Ultrasound in the Detection of Pneumothorax Resolution after Drainage

Sr. Director:

El seguimiento del neumotórax se basa en la radiografía torácica (RT), a pesar de la poca sensibilidad para detectar neumotórax de pequeño volumen que esta técnica ha demostrado¹⁻³. Según el Colegio Americano de Médicos del Tórax (ACCP), los drenajes torácicos se deben retirar de forma gradual y, antes de pinzar o retirar el drenaje torácico, la mayoría de médicos realizan una RT⁴. A pesar de estas precauciones, las recurrencias del neumotórax alcanzan porcentajes de hasta el 54% durante los 4 primeros años⁵, y algunas pueden ser debidas a la presencia de un neumotórax residual no observado en la RT previa al pinzamiento o retirada del drenaje torácico². En los últimos años, la ecografía (ECO) ha demostrado ser un procedimiento no invasivo sensible para el diagnóstico del neumotórax¹⁻³. Sin embargo, todavía no se utiliza de forma rutinaria para el seguimiento del neumotórax. El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia de la ECO, en comparación con la RT, para comprobar la ausencia de neumotórax residual antes de la retirada del drenaje torácico.

Todos los pacientes con neumotórax que requería drenaje y que fueron ingresados en nuestro servicio de neumología entre abril de 2014 y octubre de 2015 se incluyeron consecutivamente. Un criterio de exclusión fue la falta de visualización de la línea pleural en la ECO por cualquier razón clínica. El criterio de valoración principal fue el número de neumotórax residuales diagnosticados correctamente mediante ECO. Ningún paciente fue excluido del estudio.

Se realizaron ECO y RT consecutivamente después del cese del burbujeo. En ausencia de neumotórax residual en la ECO y en la RT, el drenaje torácico se pinzó durante 24 h y a continuación se retiró y se dio el alta hospitalaria al paciente. El mismo neumólogo realizó las ECO mediante una sonda lineal de 5-13 MHz y con el paciente en bipedestación. El diagnóstico ecográfico de neumotórax residual estuvo basado en la presencia de alguno de los siguientes signos: punto de pulmón o abolición del deslizamiento pulmonar, pulso pulmonar o líneas B en modo B, y ausencia del signo de la costa en el modo M. Las RT se practicaron con el paciente en bipedestación y las interpretaron los médicos responsables de los pacientes.

Se incluyeron 16 pacientes varones con neumotórax unilateral (mediana de edad: 29 años). Las causas de neumotórax fueron las siguientes: espontáneo primario ($n=12$), secundario a enfisema pulmonar ($n=2$) y yatrógeno ($n=2$). No se diagnosticó ningún neumotórax residual mediante ECO o RT, por lo que los drenajes torácicos se pinzaron y retiraron satisfactoriamente en todos los pacientes, sin recurrencia del neumotórax.

Nuestro estudio mostró que, en el entorno de un servicio de neumología, la ECO es al menos tan buena como la RT para detectar el neumotórax residual antes de la retirada del drenaje torácico.

Un estudio anterior² demostró que la ECO era mejor que la RT en bipedestación para el seguimiento del neumotórax después del drenaje. Esto sugiere que la ECO podría tener un papel importante en el manejo del neumotórax. En realidad, esta técnica ofrece algunas ventajas en esta patología, tales como su mayor sensibilidad, disponibilidad en la cabecera del paciente y rapidez de la curva de aprendizaje².

Debido a que el entorno predominante de los estudios previos había sido el de UCI/traumatología^{1,3}, la gran mayoría de los informes publicados comparan la precisión diagnóstica de la ECO y la RT en decúbito supino. Esto favorece la relevancia de nuestro estudio, que indica la utilidad de la ECO para el seguimiento del neumotórax en el ejercicio profesional habitual de un servicio de neumología.

A pesar de que el tamaño de la muestra constituye una limitación evidente, nuestro estudio ha demostrado el buen rendimiento de la ECO para comprobar la resolución del neumotórax tras su drenaje.

Autoría

Daniel Coutinho, Maria João Oliveira y Carla Ribeiro idearon el proyecto y recabaron los datos. Carla Ribeiro realizó el estudio de imagen. Daniel Coutinho efectuó los análisis. Todos los autores interpretaron y comentaron los resultados, y contribuyeron a la redacción del manuscrito. Todos los autores han leído y aprobado la versión final.

Bibliografía

1. Rowan K, Kirkpatrick A, Liu D, Forkheim K, Mayo J, Nicolaou S. Traumatic pneumothorax detection with thoracic US: Correlation with chest radiography and CT—initial experience. *Radiology*. 2002;225:210–4.
2. Galbois A, Ait-Oufella H, Baudel JL, Kofman T, Bottero J, Viennot S, et al. Pleural ultrasound compared with chest radiographic detection of pneumothorax resolution after drainage. *Chest*. 2010;138:648–55.
3. Ding W, Shen Y, Yang J, He X, Zhang M. Diagnosis of pneumothorax by radiography and ultrasonography. *Chest*. 2011;140:859–66.
4. Baumann MH, Strange C, Heffner JE, Light R, Kirby TJ, Klein J, et al. Management of spontaneous pneumothorax. An American College of Chest Physicians Delphi Consensus statement. *Chest*. 2001;119:590–602.
5. MacDuff A, Arnold A, Harvey J. Management of spontaneous pneumothorax: British Thoracic Society pleural disease guideline 2010. *Thorax*. 2010;65 Suppl. 2:ii18–31.

Daniel Coutinho*, Maria João Oliveira y Carla Ribeiro

Pulmonology Department, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dpcoutinho@gmail.com (D. Coutinho).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2016.10.017>
0300-2896/

© 2016 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.