

# Manejo ambulatorio del derrame pleural maligno mediante colocación de un catéter de drenaje tunelizado. Experiencia preliminar

Luis Seijo, Arantza Campo, Ana Belén Alcaide, María del Mar Lacunza, Ana Carmen Armendáriz y Javier J. Zulueta

Departamento de Neumología. Clínica Universitaria. Universidad de Navarra. Pamplona. Navarra. España.

El manejo hospitalario del derrame pleural maligno incluye la colocación de un tubo de toracostomía convencional, drenaje y esclerosis mediante talcaje, y/o el abordaje quirúrgico mediante videotoracoscopia. Ambas técnicas requieren ingresos prolongados, de hasta una semana de duración. Lamentablemente, la esperanza de vida en pacientes con esta enfermedad no suele superar los 6 meses, motivo por el que toda intervención paliativa destinada a mejorar la calidad de vida debe tener como objetivo primordial el evitar, en la medida de lo posible, el ingreso hospitalario y aliviar el dolor.

Hay pocas alternativas ambulatorias al manejo hospitalario. De ellas, la toracocentesis de repetición es la más frecuentemente utilizada. Describimos el uso de un catéter tunelizado en el manejo ambulatorio del derrame pleural maligno de un paciente con adenocarcinoma de pulmón en estadio IIIB. Consideramos que este catéter ofrece una alternativa viable y mejor tolerada que el tratamiento convencional.

**Palabras clave:** Derrame pleural maligno. Catéter tunelizado. Manejo ambulatorio.

## Outpatient Management of Malignant Pleural Effusion Using a Tunneled Pleural Catheter: Preliminary Experience

Inpatient management of malignant pleural effusion includes the placement of a conventional thoracostomy tube for drainage and talc slurry pleurodesis and/or a surgical approach consisting of video-assisted thoracoscopic talc insufflation. Both techniques require prolonged hospital stays of up to 1 week. Unfortunately, life expectancy in patients with this disease does not usually exceed 6 months, and so the primary aim of any palliative intervention intended to improve quality of life should be to avoid hospital admissions and to relieve pain as far as possible.

Of the few outpatient alternatives to hospital management the most frequently used is repeated thoracentesis. We describe the outpatient management of malignant pleural effusion by placement of a tunneled pleural catheter in a patient with stage IIIB lung adenocarcinoma. In our opinion, the use of this catheter offers a viable alternative to conventional therapy and is better tolerated.

**Key words:** Malignant pleural effusion. Tunneled catheter. Outpatient.

## Introducción

El derrame pleural maligno es una complicación temida de muchas neoplasias, ya que, además de implicar un mal pronóstico, con frecuencia se acompaña de síntomas como tos, dolor torácico o disnea, que merman la calidad de vida del paciente. La tercera parte de los derrames pleurales malignos son de origen broncogénico, seguidos de cáncer de mama, linfoma y, menos frecuentemente, el mesotelioma pleural maligno y otros<sup>1-3</sup>. En general, la supervivencia media de estos pacientes no supera los 6 meses<sup>4</sup>. Por consiguiente, el manejo del derrame pleural maligno condiciona un enfoque predominantemente paliativo, que alivie el dolor y permita el

control de los síntomas de la manera menos agresiva y más eficaz posible, limitando el tiempo que el paciente debe permanecer ingresado.

Hay varias técnicas disponibles para el manejo del derrame pleural maligno. La toracocentesis de repetición, aunque fácil de realizar y generalmente exenta de complicaciones, no es la solución ideal, ya que en muchos casos la reaccumulación de líquido tiene lugar en un espacio de tiempo muy corto (hasta 4 días)<sup>5</sup>. Por este motivo, la solución habitual estriba en recurrir a la toracostomía convencional, seguida de esclerosis mediante talcaje, o incluso en algunos casos la videotoracoscopia. Ambas opciones terapéuticas, aunque muy eficaces, no están exentas de morbilidad y requieren por lo general un ingreso hospitalario, que en algunos casos puede llegar a superar los 10 días.

El desarrollo de diversos catéteres pleurales de pequeño calibre abre la puerta a nuevas estrategias para el tratamiento del derrame pleural maligno con un mínimo

Correspondencia: Dr. L. Seijo.  
Departamento de Neumología. Clínica Universitaria de Navarra.  
Avda. Pío XII, 36. 31008 Pamplona. Navarra. España.  
Correo electrónico: lmseijo@unav.es

Recibido: 7-2-2006; aceptado para su publicación: 14-2-2006.

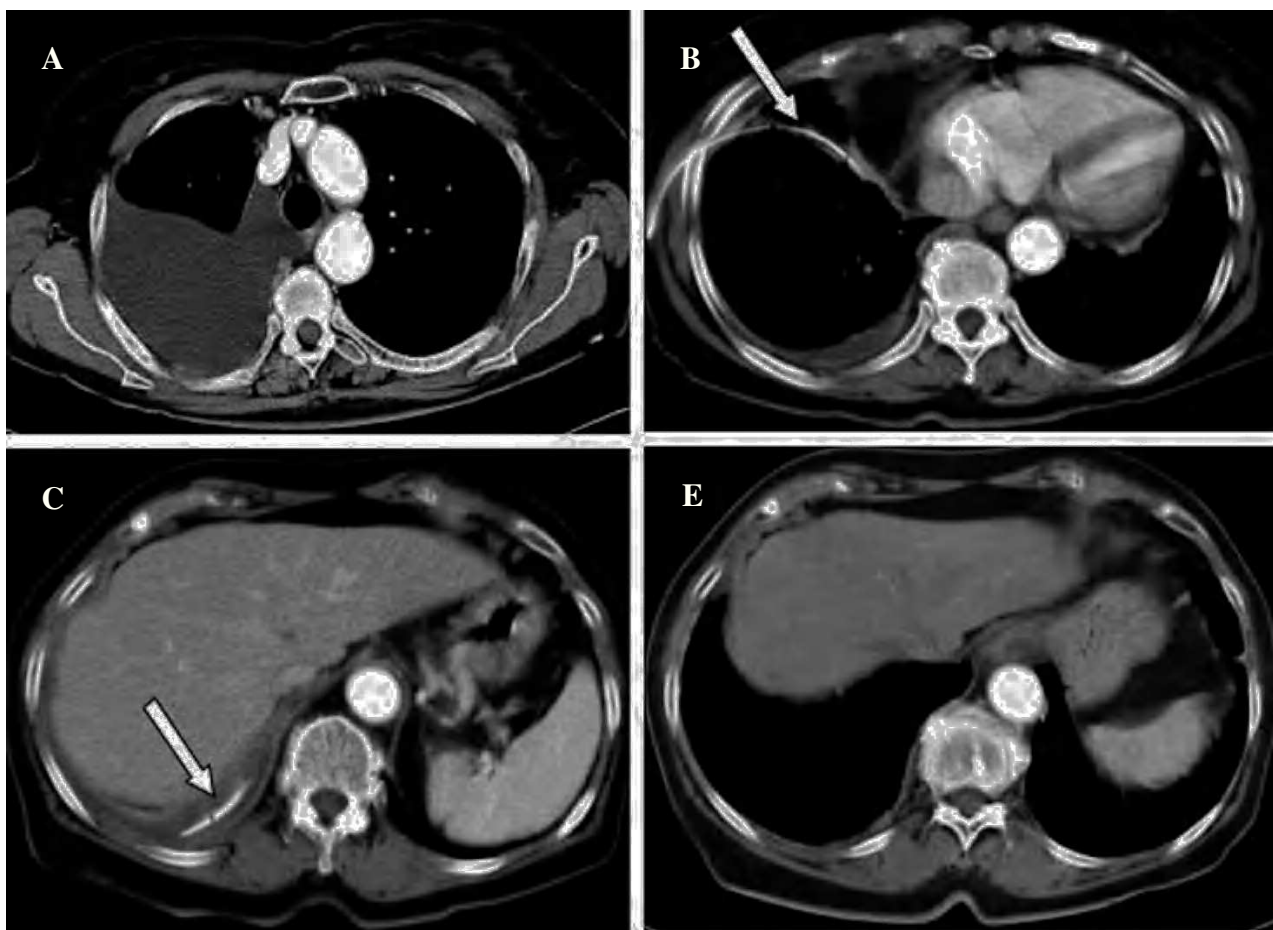


Fig. 1. En la exploración de abril se objetiva la presencia de un cuantioso derrame pleural derecho (A). En la citología se confirma la presencia de células tumorales. En la exploración de mayo (B y C) ha disminuido la cantidad de líquido. Las flechas señalan la localización del drenaje pleural. Dos meses después de la retirada del catéter (D) se confirma que no hay reacumulación de líquido pleural. No fue preciso realizar talcaje.

de morbilidad asociada, y permite en algunos casos el manejo de forma ambulatoria<sup>6-9</sup>. Diversos estudios han demostrado la eficacia paliativa de estos catéteres, que se asocian con un bajo coste, una reducción de la estancia hospitalaria y menos dolor<sup>10-12</sup>.

### Observación clínica

Presentamos el caso de una paciente de 77 años de edad, no fumadora, diagnosticada de adenocarcinoma de pulmón en estadio IIIB, con derrame pleural maligno. A pesar de que inicialmente respondió al tratamiento con Tarceva®, a partir de febrero de 2005 se objetivó la reacumulación del líquido pleural (fig. 1A). El derrame se asociaba a disnea, que progresó hasta hacerse de mínimos esfuerzos, y tos irritativa sin expectoración. En la exploración física destacaban saturación basal del 95% y matidez a la percusión en la base derecha, con pérdida del murmullo vesicular fisiológico en gran parte de ese hemitórax. En la placa de tórax de abril se objetivó un derrame pleural derecho importante, motivo por el que se optó por colocar un tubo de drenaje Pleurx® (Denver Biomedical) (figs. 1B y C). La colocación del drenaje se realizó sin incidencias, tras obtener el consentimiento informado correspondiente, bajo sedación (2,5 mg de midazolam) y con anestesia local. Se drenaron 1.100 ml de líquido serohemático y se educó a un familiar

de la paciente en su correcto manejo en condiciones de asepsia, con el propósito de drenar líquido pleural de forma ambulatoria cada 2-3 días. La paciente toleró el catéter sin apenas notar su presencia y sin disnea en las semanas siguientes a su colocación, si bien refería dolor torácico de escasa intensidad, que cedía con el tratamiento analgésico pautado. Una vez que la cantidad de líquido extraído se redujo a menos de 50 ml en 3 ocasiones consecutivas, se optó por retirar el catéter tras comprobar la ausencia de derrame mediante tomografía axial computerizada de tórax un mes después de su colocación.

Se realizó una nueva tomografía axial computerizada de tórax a los 2 meses de retirar el Pleurx® (fig. 1D). En dicho escáner tan sólo se evidenció la presencia de engrosamiento pleural residual, sin reacumulación de líquido. La paciente falleció a los pocos meses por motivos ajenos a su enfermedad respiratoria, sin evidencia de reacumulación de líquido y sin disnea.

### Discusión

El catéter Pleurx®, como otros similares, ofrece la posibilidad de manejar de forma fiable y sin ingreso hospitalario cualquier derrame pleural maligno (fig. 2). La mayor ventaja de este catéter es su tunelización, circunstancia que permite al paciente llevar una vida normal con un mínimo riesgo de infección. La colocación



Fig. 2. El catéter tunelizado Pleurx® y una botella para drenaje ambulatorio.

de este drenaje requiere apenas 20 min y permite drenar líquido pleural a demanda de forma ambulatoria. En los diversos estudios publicados, se describen como efectos secundarios adversos la ocasional aparición de infecciones cutáneas superficiales, que se limitan al lugar de inserción, dolor torácico leve y, de manera excepcional, crecimiento del tumor a lo largo del trayecto de tunelización. Describimos en esta breve nota clínica nuestra experiencia con el primer catéter Pleurx® colocado en nuestro país. Como se ha demostrado en otras publicaciones, las complicaciones asociadas a la colocación y el manejo de este catéter son mínimas, y hasta en un 58% de los casos no es necesario realizar esclerosis farmacológica, ya que ésta se consigue de forma espontánea en una media de 39 días<sup>13</sup>. La colocación, el manejo y la retirada posterior del catéter se realizan de forma ambulatoria. El Pleurx® logra aliviar los síntomas de disnea asociados al derrame pleural maligno en la totalidad de los pacientes, independientemente de si se consigue la esclerosis o no<sup>13</sup>. Además de una mejor tolerancia, está claro que el coste asociado es mucho menor al de las opciones terapéuticas convencionales, que requieren ingreso hospitalario (3.391 frente a 7.830 dólares)<sup>14</sup>. En la actualidad hay un estudio clínico en fase III, patrocinado por el instituto nacional del cáncer norteamericano (NCT00042770), que se ha diseñado para comparar la eficacia de la toracostomía convencional con el manejo ambulatorio del derrame pleural maligno mediante colocación de catéteres tunelizados; en él se analiza el impacto de cada estrategia terapéutica sobre la calidad de vida de los pacientes, su oxigenación y el control o erradicación del derrame pleural a corto y medio plazo<sup>13</sup>.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Sahn SA. Malignant pleural effusions. *Clin Chest Med.* 1985;6:113-25.
2. Hausheer FH, Yarbrow JW. Diagnosis and management of malignant pleural effusion. *Semin Oncol.* 1985;12:54-75.
3. Lynch TJ Jr. Management of malignant pleural effusions. *Chest.* 1993;103:385S-9S.
4. Ruckdeschel JC. Management of malignant pleural effusions. *Semin Oncol.* 1995;22:58-63.
5. Anderson CB, Philipott GW, Ferguson TB. The treatment of malignant pleural effusions. *Cancer.* 1974;33:916-22.
6. Leff RS, Eisenberg B, Baisden CE, et al. Drainage of recurrent pleural effusion via an implanted port and intrapleural catheter. *Ann Intern Med.* 1986;104:208-9.
7. Van Le L, Parker LA, De Mars LR, et al. Pleural effusions: outpatient management with pigtail catheter chest tubes. *Gynecol Oncol.* 1994;54:215-7.
8. Zeldin DC, Rodríguez RM. Management of refractory malignant pleural effusions with a chronic indwelling pleural catheter. *Chest.* 1991;100:87S.
9. Grodzin CJ, Balk RA. Indwelling small pleural catheter needle thoracentesis in the management of large pleural effusions. *Chest.* 1997;111:981-8.
10. Putnam JB, Light RW, Rodríguez RM, et al. A randomized comparison of indwelling pleural catheter and doxycycline pleurodesis in the management of malignant pleural effusions. *Cancer.* 1999;86:1992-9.
11. Clementsen P, Eवाद T, Grode G, et al. Treatment of malignant pleural effusion: pleurodesis using a small percutaneous catheter. A prospective randomized study. *Respir Med.* 1998;92:593-6.
12. Parker LA, Charnock GC, Delany DJ. Small bore catheter drainage and sclerotherapy for malignant pleural effusions. *Cancer.* 1989;64:1218-21.
13. Musani AI, Haas AR, Seijo LM, et al. Outpatient management of malignant pleural effusions with small-bore, tunneled pleural catheters. *Respiration.* 2004;71:559-66.
14. Putnam JB Jr, Walsh GL, Swisher SG, et al. Outpatient management of malignant pleural effusion by a chronic indwelling pleural catheter. *Ann Thorac Surg.* 2000;69:369-75.