

Inserción de guía metálica en la cavidad pleural como complicación en la colocación de catéter de drenaje pleural permanente tunelizado



Insertion of a Metallic Guide-Wire in the Pleural Cavity as a Complication in Tunneled Indwelling Pleural Catheter Placement

Introducción

El derrame pleural maligno (DPM) es un problema médico frecuente al que se enfrenta el clínico en su práctica diaria. Aproximadamente un tercio de los casos están relacionados con el cáncer de pulmón, y es el carcinoma metastásico de mama la segunda causa más frecuente¹.

El objetivo del tratamiento del DPM es aliviar los síntomas respiratorios derivados del mismo. El uso de catéter de drenaje pleural permanente (DPP) tunelizado de pequeño calibre en pacientes no hospitalizados constituye una buena opción en el tratamiento paliativo de pacientes con DPM².

Caso clínico

Paciente varón de 64 años con hábito tabáquico de 47 años/paquete.

Se diagnosticó en enero de 2013 de adenocarcinoma de pulmón estadio IV, estando en ese momento con tratamiento quimioterápico con primer ciclo de carboplatino y paclitaxel.

Las pruebas de imagen evidenciaron una masa pulmonar en el lóbulo superior izquierdo, linfangitis con moderado derrame pleural izquierdo e implantes pleurales.

La citología del derrame pleural tras la toracocentesis revelaba la presencia de células malignas en el líquido pleural.

Ante el problema del derrame pleural neoplásico sintomático y recidivante (drenado hasta en 5 ocasiones), se decidió colocar DPP tipo Pleurx[®] en el hemitórax izquierdo.

Durante el proceso de colocación del Pleurx[®] se introdujo accidentalmente la guía metálica en la cavidad pleural (fig. 1).

Discusión

El incremento en el uso del DPP en el manejo del DPM recurrente es una evidencia en los últimos años. Aunque el dispositivo está diseñado para permanecer in situ indefinidamente, en pacientes seleccionados (aquellos en los cuales se produce pleurodesis espontánea) el DPP se puede retirar cuando el flujo pleural cesa. Su uso consigue el control de los síntomas en el 95,4% de los pacientes².

Las complicaciones descritas relacionadas con la colocación y el mantenimiento del catéter son escasas y se controlan fácilmente. Van desde recolocar el drenaje durante su inserción hasta comprobar en el seguimiento mensual desplazamientos espontáneos, fugas de líquido pleural e infecciones cutáneas alrededor del sitio de inserción³.

La principal complicación descrita en el uso del DPP son las infecciones⁴. La probabilidad de infección de DPP es del 7,5%. Respecto a las infecciones, cabe distinguir entre infección de líquido pleural (empiema) e infección cutánea. El riesgo de infección cutánea tipo celulitis es incluso menor que otros dispositivos permanentes (hemodiálisis/catéteres de diálisis peritoneal)³.

En la serie más completa descrita hasta la fecha en España, Cases et al.² presentan 63 pacientes a los cuales se colocó DPP, objetivándose como complicaciones en el seguimiento 3 casos con empiema, 2 casos de dolor torácico que precisaron recolocación del catéter y 3 casos de diseminación del tumor por el lugar de inserción del tubo.

En conclusión, podemos afirmar que las complicaciones serias o graves (las que requieren un procedimiento adicional invasivo o ingreso hospitalario) con el DPP son raras, además de que el manejo de este se puede realizar por el paciente o sus familiares en el domicilio⁵.

No obstante, la colocación del DPP requiere de una curva de aprendizaje y un cuidadoso proceso en la técnica tanto en el momento de la inserción como de la extracción.

Afortunadamente, la guía metálica pudo extraerse sin complicaciones con la realización de la toracoscopia y completar el acto con el correcto emplazamiento del DPP.

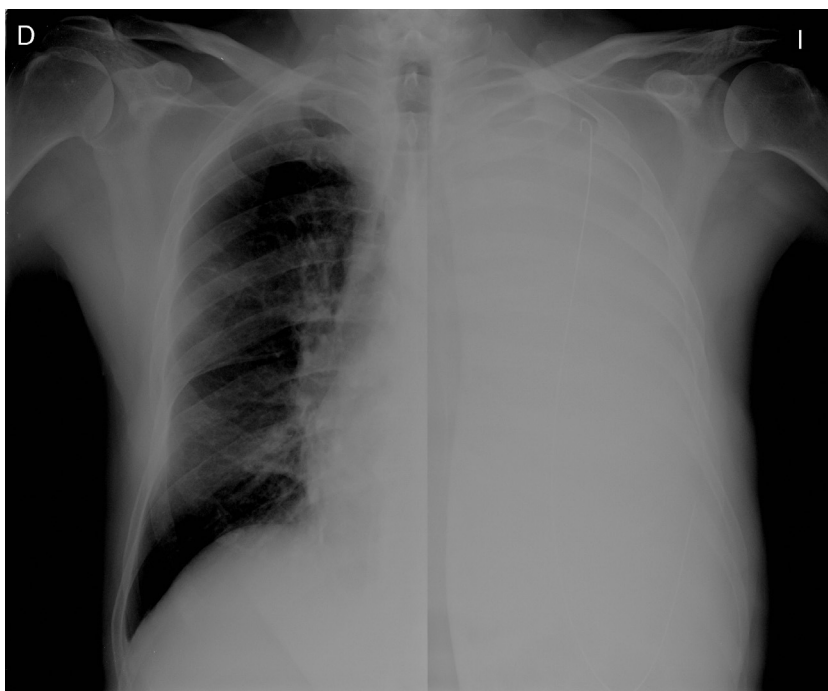


Figura 1. Radiografía de tórax con la guía metálica alojada en la cavidad pleural.

Bibliografía

1. Rodríguez-Panadero F, Romero-Romero B. Management of malignant pleural effusions. *Curr Opin Pulm Med*. 2011;17:269–73.
2. Cases E, Seijo L, Disdier C, Lorenzo MJ, Cordovilla R, Sanchis F, et al. Uso del drenaje pleural permanente en el manejo ambulatorio del derrame pleural maligno recidivante. *Arch Bronconeumol*. 2009;45:691–6.
3. Chee A, Tremblay A. The use of tunneled pleural catheters in the treatment of pleural effusions. *Curr Opin Pulm Med*. 2011;17:237–41.
4. Olden AM, Holloway R. Treatment of malignant pleural effusion: PleuRx® catheter or talc pleurodesis? A cost-effectiveness analysis. *J Palliat Med*. 2010;13:59–65.
5. Van der Toorn LM, Schaap E, Surmont VF, Pouw EM, van der Rijt KCD, van Klaveren RJ. Management of recurrent malignant pleural effusions with a chronic indwelling pleural catheter. *Lung Cancer*. 2005;50:123–7.

Andrés Briones-Gómez^{a,*}, Manuel Modesto-Alapont^b,
Manuel A. Muñoz-Moya^b, Raquel Martínez-Tomás^a
y Enrique Cases-Viedma^a

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

^b *Unidad de Neumología, Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón, Castellón de la Plana, España*

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: an.briones@yahoo.es,
anbriones13@gmail.com (A. Briones-Gómez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.04.012>