

Derrames pleurales malignos: descripción de un método alternativo de drenaje externo con catéter fino

J.C. Vázquez-Pelillo, E. Peña González, P. León Atance, E. García Fontán, J. de Álvaro Liaño* y E. Folqué Gómez

Servicios de Cirugía Torácica y *Oncología Médica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Presentamos los resultados de un método de tratamiento del derrame pleural sintomático, mediante la implantación de un catéter fino, tipo Pleurocath® conectado a una llave de tres pasos para evacuación externa, que hemos utilizado en 6 pacientes con enfermedad neoplásica avanzada y disnea asociada a derrame pleural, intratable por los métodos habituales de pleurodesis. En 5 de los 6 casos se produjo desaparición o alivio importante de la disnea, permitiendo un seguimiento ambulatorio 3 pacientes. La permanencia del catéter osciló entre 14 días y 10 meses, y la supervivencia de los enfermos entre 14 días y 14 meses. No se produjeron complicaciones importantes, salvo la infección del peritubo en uno de los casos. Describimos la técnica que hemos utilizado, de extrema sencillez, así como los resultados obtenidos, que nos animan a continuar con este método en casos seleccionados que cumplan las condiciones necesarias.

Palabras clave: Derrame pleural maligno. Drenaje con catéter fino. Tratamiento sintomático.

Arch Bronconeumol 1997; 33: 450-452

Introducción

En los enfermos oncológicos en fase de enfermedad avanzada es frecuente la aparición de derrame pleural (DP), empeorando en algunas ocasiones ostensiblemente su calidad de vida por la frecuente asociación de disnea. Se han propuesto distintas técnicas de tratamiento para estos casos^{1,2}, con diferentes resultados. Al plantearnos este trabajo, nos propusimos buscar una alternativa sencilla que ofrecer entre las diversas modalidades terapéuticas, que pudiese proporcionar alivio a estos pacientes.

Correspondencia: Dr. J.C. Vázquez-Pelillo. Camarena, 130, 5.º. 28047 Madrid.

Recibido: 30-12-96; aceptado para su publicación: 15-4-97.

Malignant pleural effusions: description of an alternative external drainage method with a small caliber catheter

We describe the results of treating symptomatic pleural effusion by implanting a Pleurocath® type small caliber catheter connected to a three-way valve for external evacuation. The method was used in 6 patients with advanced neoplastic disease and dyspnea related to pleural effusion that could not be treated with the usual methods of pleurodesis. Dyspnea disappeared or was significantly relieved in 5 of the 6 patients, such that follow-up could be continued on an outpatient basis for 3. Catheters remained in position for periods of time ranging from 14 days to 10 months. Survival varied from 14 days to 14 months. The only important complication was one case of infection in the area of catheter insertion. We describe the extremely simple technique used and the results that have encouraged us to continue using the method in cases that meet the necessary conditions.

Key words: Malignant pleural effusion. Drainage with small caliber catheter. Symptomatic treatment.

Material y métodos

Realizamos un estudio prospectivo preliminar, con 6 casos consecutivos, recogidos entre mayo de 1995 y noviembre de 1996 en nuestro centro hospitalario, que reunieran las siguientes condiciones: a) enfermedad neoplásica avanzada; b) DP sintomático; c) pulmón atrapado; d) fracaso de pleurodesis, en caso de que se hubiera intentado; e) necesidad de toracocentesis evacuadoras, con una frecuencia igual o superior a dos veces por semana, y f) alivio sintomático de la disnea al realizar la toracocentesis evacuadora.

A todos les implantamos en el interior de la cavidad pleural un catéter fino, calibre 8 F, del modelo Pleurocath® (Laboratoire Pharmaceutique Plastimed, Saint Leu la Foret. Francia), que en su parte externa se dejó conectado a una llave de 3 pasos, para poder realizar posteriores evacuaciones. En todos los enfermos se hizo una radiografía simple de tórax anteroposterior, el mismo día o el día antes de la colocación del catéter y otra radiografía de control inmediatamente después. Se asesoró al paciente y a la familia sobre los cuidados higiénicos del sistema.

Técnica

La técnica se realizó en todos los enfermos a pie de cama. El sitio elegido para la punción fue la línea axilar posterior, en el espacio intercostal quinto a séptimo. Previa desinfección cuidadosa de la piel con povidona yodada, se realizó infiltración anestésica de la pared, con mepivacaína al 1%. A continuación se introdujo, por la parte inferior del espacio intercostal, el trocar de un sistema Pleurocath®, para implantar a su través en el interior de la cavidad pleural el catéter de dicho sistema, retirando posteriormente el trocar. La parte externa del catéter se fijó a la piel con un punto de seda del 0/0, dejando una longitud externa aproximada de 18-20 cm. El extremo externo del catéter se conectó a una llave de 3 pasos y, tras una primera evacuación, se colocó el catéter externo con la llave de 3 pasos en forma de bucle, situando como almohadilla unas gasas entre piel y catéter-llave de 3 pasos, y se cubrió con gasas y esparadrapo hipoalérgico ancho.

Resultados

Los resultados se resumen en la tabla I. Los pacientes fueron 3 varones y 3 mujeres, con edades comprendidas entre los 46 y los 82 años (media: 66 años). Los tumores primarios fueron: adenocarcinoma de mama en 2 casos, adenocarcinoma de pulmón en dos, mesotelioma pleural maligno en un caso y linfoma linfocítico difuso en uno. En el caso 3 se había realizado anteriormente un intento de pleurodesis con talco en aerosol por toracoscopia, que fracasó. Los resultados se estimaron como buenos si se conseguía una desaparición o disminución importante de la disnea, hecho que ocurrió en 5 de los 6 casos (83%). El seguimiento se llevó a cabo de manera ambulatoria en los casos 2, 3 y 4; en el caso 1, al ser el primero, tuvimos cierta reticencia a darle el alta hospitalaria, aunque el enfermo estuvo durante 2 meses pasando los fines de semana en su domicilio, además de pasar con frecuencia el día en su casa; los casos 5 y 6 permanecieron hospitalizados hasta que se produjo el fallecimiento. En el caso 2, las evacuaciones se efectuaban a demanda, y la enferma pudo llevar una vida aceptable durante un período de tiempo no desdeñable. Los otros 2 casos, por lo deteriorado de su estado, no permitieron el seguimiento ambulatorio, pero en uno sí que se produjo un alivio significativo de la sintomatología respiratoria. En el caso 6, la colocación del sistema y la evacuación del derrame no supuso una mejora importante de la disnea del enfermo, aunque subjetivamente sí refiriere cierta mejora; por ese motivo, el resultado lo calificamos de malo. La permanencia del catéter osciló entre 14 días y 10 meses (media: 3,6 meses) y la super-

vivencia de los pacientes entre 14 días y 11 meses (media: 4 meses). En los casos 2 y 3 fue necesario retirar el catéter a los 10 y 5 meses, respectivamente, por obstrucción del mismo. Como complicación se produjo una infección del peritubo en el caso 4, que obligó a su retirada 3,5 meses después de haberlo implantado.

Discusión

De las diversas causas de aparición de DP, las neoplasias se encuentran entre las más frecuentes^{3,4}, siendo la primera causa etiológica cuando este derrame es recidivante¹. El síntoma principal que producen los DP recidivantes es la disnea, que puede producirse por diversos mecanismos, además del de la ocupación de volumen⁵. Se utilizan distintos métodos para el tratamiento sintomático del DP recidivante¹; la pleurodesis, con sustancias varias, es uno de los más aplicados^{6,7}, pero la existencia de pulmón atrapado imposibilita su eficacia^{2,6}. Para estos casos puede utilizarse la derivación pleuroperitoneal^{8,9}, aunque existen algunas circunstancias que contraindican su uso, como son: coexistencia de ascitis, contaminación o infección del líquido pleural, obesidad, cirugía abdominal previa, mala colaboración del paciente y probabilidad de supervivencia prolongada^{1,8,9}. A los pacientes que se encuentran en esta situación se les suelen realizar toracocentesis múltiples, que originan molestias y llevan implicado un riesgo repetido de neumotórax y otras complicaciones. En 1994 Varela describió, en una serie de 3 pacientes, un método ingenioso para practicar toracocentesis evacuadoras repetidas en pacientes con DP maligno no tratable¹⁰; posteriormente, realizó una modificación de la técnica de derivación pleuroperitoneal, con conexión del extremo distal a una bolsa de orina con sistema antirreflujo, presentando una serie con 7 casos¹. Con sus resultados demostró que estos métodos de drenaje externo tienen un papel en el manejo del DP maligno. Con los mismos principios teóricos, intentamos ofrecer a este tipo de enfermos una mejora en su disnea con las menores molestias y la posibilidad de un seguimiento ambulatorio, hecho que se efectuó en la mitad de los casos, puesto que lógicamente también dependía del estado general en que se encontraban los pacientes. Para estos enfermos, la posibilidad de estar en su domicilio, sin tener que someterse a toracocentesis evacuadoras cada 3 o 4 días, supuso una mejora subjetiva importante en su calidad de vida, confirmada mediante interrogatorio en las distintas visitas al hospital. La

TABLA I
Características de los pacientes y resultados del método

Caso	Sexo	Edad (años)	Primario	Seguimiento	Complicación	Permanencia catéter	Supervivencia	Resultado
1	V	63	Pulmón	Ambulatorio y hospital	No	2 meses	2 meses	Bueno
2	M	82	Mesotelioma	Ambulatorio	No	10 meses	11 meses	Bueno
3	M	57	Mama	Ambulatorio	No	5 meses	6 meses	Bueno
4	M	72	Mama	Ambulatorio	Infección peritubo	3,5 meses	4 meses	Bueno
5	V	46	Linfoma	Hospital	No	14 días	14 días	Bueno
6	V	75	Pulmón	Hospital	No	23 días	23 días	Malo

evacuación se efectuaba aproximadamente una vez a la semana (la disminución en el número de evacuaciones la atribuimos a un vaciamiento más completo que con la toracocentesis) cómodamente en el hospital de día, durante unos pocos minutos, sin ninguna molestia para el enfermo que, tras ser evacuada y desinfectada la zona, regresaba a su casa. Tan sólo se produjo en el caso 4 una infección subcutánea del peritubo, que aconsejó la retirada del drenaje, tras 3 meses y medio de su implantación. Como ventaja principal al método descrito por Varela¹⁰, disminuye el largo período de tiempo necesario para la evacuación, al utilizar en su método una aguja fina (19 G); como inconveniente, existe un riesgo teórico mayor de infección, aunque en nuestra corta serie sólo se produjo la infección ya reseñada del peritubo en un caso. La posibilidad de obstrucción es similar en ambos métodos.

En conclusión, creemos que este es un método de muy sencilla y rápida realización, sin apenas riesgos, que se realiza con una técnica extremadamente simple y al alcance de cualquier centro, puesto que no requiere ninguna dotación especial y que puede proporcionar a enfermos seleccionados una posibilidad de mejoría, aun después de haber agotado otros métodos más eficaces.

BIBLIOGRAFÍA

1. Varela Simó G, Jiménez López MJ. Tratamiento paliativo del derrame pleural. En: Caminero Luna JA, Fernández Fau F, editores. Actualizaciones SEPAR. Vol. 2. Barcelona-Filadelfia: Prous Science, 1996; 295-304.
2. Rusch VW. Pleural effusion: benign and malignant. En: Pearson FG, Deslauriers J, Ginsberg RJ, Hiebert CA, McKneally MF, Urschel HC, editores. Thoracic surgery. Nueva York: Churchill-Livingstone, 1995; 1.003-1.016.
3. Sahn SA. The pleura. Am Rev Respir Dis 1988; 138: 184-234.
4. Fraser RG, Paré JA, Paré PD, Fraser RS, Genereaux GP, editores. Diagnóstico de las enfermedades del tórax (3.ª ed.). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1992; 4: 2.536-2.539.
5. Estenne M, Yernault JC, De Troyer A. Mechanism of relief of dyspnea after thoracocentesis in patients with large pleural effusions. Am J Med 1983; 74: 813-819.
6. Rodríguez Panadero R, Sánchez Gil R. Pleurodesis en derrames pleurales malignos. En: Monografías clínicas en neumología. Patología pleural. Barcelona: Doyma, 1993; 87-92.
7. Cantó A, Rivas JJ, Moya J, Saumenech J, Pac J, Morera R et al. Derrames pleurales de etiología maligna. Utilización del talco mediante toracoscopia como método eficaz de pleurodesis. Med Clin (Barc) 1985; 84: 806-808.
8. Weese JL, Schouten JT. Pleural peritoneal shunts for the treatment of malignant pleural effusions. Surg Gynecol Obstet 1982; 154: 391-396.
9. Tsang V, Fernando HC, Goldstraw P. Pleuroperitoneal shunt for recurrent malignant pleural effusions. Thorax 1990; 45: 369-372.
10. Varela G. Descripción de un método para practicar toracocentesis evacuadoras repetidas en pacientes con derrame pleural maligno no tratable. Arch Bronconeumol 1994; 30: 16-18.

Información

I Jornada de Enfermería en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

Fecha: viernes 27 de marzo de 1998.

Organizador: Servicio de Pneumología del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona (Barcelona).

Lugar: Hotel Arts de Barcelona.

Información e inscripciones: UNICONGRESS. Tel.: (93) 200 70 88.
Fax.: (93) 209 31 52.