

Punción pleural y aspiración. Opción terapéutica en el neumotórax espontáneo. Pleural puncture and aspiration. Therapeutic option in Spontaneous Pneumothorax.

Juan C. Armas Darias (1), Pablo G. Valdés Mesa (2), Alexander Rodríguez Rivero (3), Manuel A. Vidal Rodríguez (4).

RESUMEN

Esta entidad aparece con relativa frecuencia en nuestro servicio de urgencias y afecta predominantemente hombres jóvenes. Son numerosos los trabajos parciales sobre la efectividad terapéutica de un determinado tratamiento, pero escasas las publicaciones que ofrecen una visión integral de esta enfermedad, aun con el advenimiento y creciente desarrollo de la videocirugía. Se realizó un estudio observacional descriptivo para conocer los resultados de la punción pleural y aspiración en el tratamiento del neumotórax espontáneo con un colapso pulmonar entre 26-50% de todos los pacientes atendidos en el servicio de Cirugía General de nuestro hospital, en el período comprendido de 1985 a 1999, ambos inclusive. El hábito de fumar estuvo presente en el 83,9% de los pacientes, los síntomas predominantes fueron el dolor, la disnea y la tos. El tratamiento inicial aplicado a la totalidad de los casos fue la punción pleural y aspiración, que resultó curativa en el 70,9% de los enfermos, 18 pacientes (29,1%) no curaron, siendo la principal complicación la inexpansibilidad pulmonar.

Palabras clave: NEUMOTÓRAX, PUNCIÓN PLEURAL Y ASPIRACIÓN, INEXPANSIBILIDAD PULMONAR.

1 Doctor, Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Instructor. Dirección: Calle 10, Edificio 2, Apartamento 15, entre 7ª y 9ª, Morón, Ciego de Ávila 67230. Teléfono: 3565; e-mail: juan@cmishmrn.cav.sld.cu.

2 Doctor, Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Instructor. Dirección: Martí, Edificio 1, Apartamento 16, entre Libertad y Callejas, Morón, Ciego de Ávila 67210. e-mail: adriana@cmishmrn.cav.sld.cu.

3 Doctor, Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Dirección: Luz Caballero 37, entre Libertad y Agramonte, Morón, Ciego de Ávila 67220. e-mail: alex@cmishmrn.cav.sld.cu.

4 Doctor. Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Profesor Asistente. Dirección: Edificio 19, Apartamento 25, Microdistrito Norte, Morón, Ciego de Ávila 67220. e-mail: vidal@trocha.cav.sld.cu.

INTRODUCCIÓN

El término neumotórax aparece en la práctica médica en el año 1803; su introductor fue el médico francés Itard (1).

El mejor tratamiento para el neumotórax espontáneo aún no está bien definido, por falta de trabajos comparativos entre las diferentes estrategias de tratamiento. Existen múltiples controversias con respecto a la terapéutica por la diversidad de criterios entre: los distintos especialistas (neumólogos, cirujanos, etc.), escuelas médicas (europeas, anglosajonas, etc.), y aún entre diferentes instituciones (2).

Esta enfermedad aparece con relativa frecuencia en nuestro servicio de urgencias y afecta predominantemente hombres jóvenes (3,4).

La literatura médica actual ofrece referencias favorables acerca del uso de la punción pleural con aspiración para el tratamiento del neumotórax y se apoya fundamentalmente en la sencillez de este proceder, la corta estadía de los pacientes y sus buenos resultados (5-

7); la Sociedad Torácica Británica (STB) recomienda como tratamiento inicial del neumotórax la punción pleural y aspiración (8).

Motivado por la necesidad de ofrecer a nuestros pacientes un servicio de elevada calidad y a la altura de los procedimientos que se efectúan actualmente en las instituciones de prestigio en el mundo, decidimos investigar los resultados de la punción pleural con aspiración en los pacientes con neumotórax espontáneo con un colapso pulmonar entre 26-50%.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo para conocer el comportamiento de algunas variables del neumotórax espontáneo con un colapso pulmonar hasta un 50% y medir los resultados de la punción pleural y aspiración como método terapéutico, en 62 pacientes atendidos en el servicio de Cirugía General del Hospital General Provincial Docente "Roberto Rodríguez" de Morón, en el período comprendido entre enero de 1985 y diciembre de 1999.

El universo de trabajo estuvo constituido por todos los pacientes atendidos con el diagnóstico de neumotórax espontáneo con un colapso pulmonar entre 26-50% por el servicio de Cirugía del referido hospital durante el período ya señalado.

La técnica de recolección de la información fue la encuesta, y de acuerdo a los objetivos propuestos se confeccionó un cuestionario de datos primarios que recoge los aspectos fundamentales de la historia clínica de los pacientes estudiados. La técnica de procesamiento de la información fue manual y se realizó la revisión, validación y computación de la misma. Como medida de resumen de la información obtenida se usó la proporción (%).

Los resultados se presentan en tablas, emitiéndose las conclusiones en correspondencia con los objetivos propuestos en la investigación.

RESULTADOS

El 83,9% de los pacientes estudiados fuma. El cuadro clínico se caracterizó por dolor torácico, disnea y tos.

A nuestros 62 pacientes se les realizó punción pleural y aspiración a nivel del segundo espacio intercostal en la línea medio claviclar; en 44 pacientes (70,9%) los resultados fueron satisfactorios y en 18 (29,1%) no se obtuvo la curación, por lo que fue necesario aplicar otro proceder; en 17 de ellos (27,4%) se presentó inexpandibilidad pulmonar.

DISCUSIÓN

La mayoría de nuestros pacientes son adictos al tabaco, resultado similar al descrito por otros investigadores (1,4,9); quizás las alteraciones en el intersticio pulmonar, la bronquiolitis y otros fenómenos secundarios al tabaquismo expliquen la génesis del neumotórax en los sujetos estudiados (4,9).

La sintomatología habitual del neumotórax espontáneo incluye el dolor torácico, la disnea y la tos; cuadro clínico idéntico describen la mayoría de los autores (1,2,4,8).

La estrategia del tratamiento para el neumotórax espontáneo está condicionada por la magnitud del colapso pulmonar (4,10), la presencia o no de enfermedad pleuropulmonar subyacente (6,7) y las características del orificio en la pleura visceral (4). Algunos investigadores recomiendan realizar punción pleural y aspiración como opción inicial a todos los pacientes con neumotórax (8); otros piensan que la realización de este proceder debe completarse con alguna prueba que permita determinarse la "fuga aérea" aún persiste, pues, en este caso necesitaría un drenaje torácico, este es el criterio que sostiene Kiely DG y colaboradores (5), que realiza la prueba de Tracer Gas. Cullinae DC y colaboradores (11), plantean que la punción pleural con aspiración no es útil en el neumotórax traumático. Nosotros optamos por realizar la punción pleural y aspiración en los pacientes con neumotórax espontáneo con un colapso pulmonar entre 26-50% y logramos la curación en

el 70,9% de los enfermos. La principal causa de no curación y a la vez complicación de este procedimiento, fue la inexansibilidad pulmonar (27,4%), similar resultado reportan otros autores (1,3,4,12).

CONCLUSIONES

1. El hábito de fumar se relacionó de manera importante con la aparición de esta afección.
2. El dolor y la disnea fueron los síntomas predominantes.
3. La punción pleural y aspiración fue curativa en el 70,9% de los casos.
4. La inexansibilidad pulmonar fue la complicación más frecuente.

ABSTRACT

This entity develops with relative frequency in our emergency service and it mainly affects young men. There are many partial investigations about the therapeutic results of a specific treatment but there are few publications integrally reviewing this illness. Despite the coming and growing development of video surgery. A descriptive-observational study was carried out in order to know the results of thoracocentesis and aspiration for the treatment of the spontaneous pneumothorax with a lung collapse between 26-50%, in all patients assisted in our hospital from 1985 to 1999, both inclusive. The smoking habit was present in 83,9% of the patients, chest pain, dyspnea and cough were the predominant symptoms. The initial treatment applied to all patients was thoracocentesis and aspiration, it was curative in 70,9% of them and 18 patients (29,1%) did not heal. The main complication was the lack of expansion of lungs.

Key word: PNEUMOTHORAX, PUNCTURES, LUNG

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Porro NN, Medrano GJ, Borges A. Neumotórax. Estudio de 100 casos. Rev Cubana Cir 1985;24:21-9.
2. Noppen M. Management of primary spontaneous pneumothorax: does cause matter? Monaldi Arch Chest Dis 2001 Aug;56(4):344-8.
3. Jain SK, Kattan KM, Hamdy MG. Spontaneous pneumothorax: determinants of surgical intervention. J Cardiovasc Surg Torino 1998 Feb;39(1):107-11.
4. Armas JC, Valdés PG, Rodríguez A, Valdés FR. Algunos aspectos clínico-quirúrgicos del neumotórax espontáneo. Rev Cubana Cir 2001;40(1):7-11.
5. Kiely DG, Ansari S, Daveywa, Mahadevan V, Taylor GJ, Seaton D. Bedside tracer gas technique accurately predicts outcome in aspiration of spontaneous pneumothorax. Thorax 2001 Aug;56(8):617-21.
6. Soulsby T. British thoracic society guidelines for the management of spontaneous pneumothorax: do we comply with them and do they work? J Accid Emerg Med 1998 Sep;15(5):317-21.
7. Gurley MB, Richly WR, Waugh KA. Out patient management of pneumothorax after the fine-needle aspiration: economic advantages for the hospital and the patient. Radiology 1998 Dec;209(3):717-22.
8. Mendis D, El-Shanawany T, Mathur A, Redington AE. Management of spontaneous pneumothorax: are British Thoracic Society guidelines being followed? Postgrad Med J 2002 Feb;78(916):80-4.
9. Cottin V, Streichengerger N, Gamondes JP, Thevenet F, Loire R, Cordier JF. Respiratory bronchiolitis in smokes with spontaneous pneumothorax. Eur Respir J 1998 Sep;12(3):702-4.
10. Duzhyi ID. The clasification of pneumothorax. Lik Sprava 1998 May;3:159-62.
11. Cullinae DC, Morris JA Jr, Bass JG, Rutherford EJ. Needle thoracostomy may not be indicated in the trauma patient. Injury 2001 Dec;32(10):749-52.

12. Di Pietro D, Fernández N. Neumotórax espontáneo: conducta actual. Arq Catarin Med 1995 abr-sep;24(2/3):41-3.

ANEXOS

Tabla 1. Distribución de los pacientes según hábito de fumar. Hospital General Provincial Docente “Roberto Rodríguez”, Morón, Ciego de Ávila. Enero de 1985-Diciembre de 1999.

| Hábito de fumar | No. | % |
|-----------------|-----|-------|
| Fumadores | 52 | 83,9 |
| No fumadores | 10 | 16,1 |
| Total | 62 | 100,0 |

Fuente: Encuestas.

Tabla 2. Distribución de pacientes según síntomas presentados. Hospital General Provincial Docente “Roberto Rodríguez”, Morón, Ciego de Ávila. Enero de 1985-Diciembre de 1999.

N = 62

| Síntomas | No. | % |
|---------------|-----|------|
| Dolor | 60 | 96,7 |
| Disnea | 53 | 85,4 |
| Tos | 23 | 37,1 |
| Expectoración | 4 | 6,4 |
| Fiebre | 1 | 1,6 |

Fuente: Encuestas.

Tabla 3. Distribución de pacientes según resultados de la punción pleural y aspiración en el neumotórax espontáneo entre el 26-50%. Hospital General Provincial Docente “Roberto Rodríguez”, Morón, Ciego de Ávila. Enero de 1985-Diciembre de 1999.

| Resultados | No. | % |
|-------------|-----|-------|
| Curativa | 44 | 70,9 |
| No curativa | 18 | 29,1 |
| Total | 62 | 100,0 |

Fuente: Encuestas.

Tabla 4. Distribución de pacientes según complicaciones. Hospital General Provincial Docente “Roberto Rodríguez”, Morón, Ciego de Ávila. Enero de 1985-Diciembre de 1999.

N = 62

| Complicaciones | No. | % |
|---------------------------|-----|------|
| Inexpansibilidad pulmonar | 17 | 27,4 |
| Hemotórax | 1 | 1,6 |

Fuente: Encuestas.