

Intervencionisme bàsic al tòrax

Dr. Xavier Gallardó Cistaré
Corporació Sanitària Parc Taulí

Punció transtoràcica

Les dues **indicacions** principals són el diagnòstic histològic de neoplàsies i determinar el germen causal d'infeccions.

El seu lloc en l'arbre diagnòstic no està definit i depèn de les altres eines diagnòstiques de les que disposi cada centre (punció trans-traqueal o trans-esofàgica, mediastinoscòpia, video-toracoscòpia...).

Contraindicacions

- Alteració de la coagulació (INR > 1,3, Plaquetes < 50.000)
- Falta de cooperació del pacient (incapacitat per mantenir-se en apnea)
- No tolerància a un pneumotòrax

Quan la punció es fa guiada per imatge les dues tècniques més utilitzades són la ecografia (en aquelles lesions que tinguin contacte amb la paret toràcica) i la TC, sigui amb escòpia-TC o no.

En general hi ha dos tipus d'agulles: les d'aspiració (citologia) i les de tall (biòpsia). I es pot utilitzar tècnica coaxial, en la que es realitza la punció amb una agulla d'un calibre una mica superior i per dintre d'aquesta s'introdueix l'agulla per obtenir la mostra, podent-se fer tants passis com es cregui necessari amb una sola punció de la superfície pleural.

Unes normes bàsiques són:

- Travessar el menys parènquima airejat possible, aprofitant zones de condensació, col·lapse...
- Evitar bulles o àrees d'emfisema
- No travessar cissures

Després de la punció es manté al pacient en observació durant una hora, realitzem un control radiològic i si no presenta cap pneumotòrax o un pneumotòrax petit que no ha augmentat li donem l'alta (pràcticament el 100% dels pneumotòrax que necessiten drenatge es veuen a la 1^a hora). En cas d'observar-se un pneumotòrax que augmenta o que sigui simptomàtic realitzem aspiració o drenatge del mateix.

Resultats. La sensibilitat pel diagnòstic de lesions malignes és molt alta i propera al 100% en algunes sèries. Un cas especial són els limfomes, en moltes ocasions el patòleg és capaç de donar el diagnòstic de limfoma però no del subtipus, la qual cosa és necessària per decidir el tractament. La sensibilitat és molt més baixa en les lesions benignes i és aproximadament del 60%.

Complicacions:

- Pneumotòrax: 25%. Un 3% del total de pacients necessitaran drenatge
- Hemorràgia: 15%, es presenta com patró alveolar a la zona de punció. La majoria de pacients no presentaran hemoptisi
- La disseminació tumoral pel trajecte de la punció i casos de mort són excepcionals (0,02%)

Embassament pleural

Classificació dels embassaments

- Embassament no complicat: desapareix amb tractament conservador
- Embassament complicat: necessita ser drenat
 - Malignes: tractament pal·liatiu
 - Hemotòrax: prevenció de fibrosi pleural
 - Empiemes: no es resolen amb tractament antibiòtic sol
 - Embassaments parapneumònics: el 60% de les pneumònies s'acompanyen d'embassament pleural. El 90% d'aquests curaran amb el tractament antibiòtic. El 10% restant precisaran un drenatge pleural.

Quan drenar un embassament parapneumònic?

Segons el consens de l'ACCP (American College of Chest Physicians), drenatge si:

- L'embassament és un empiema (líquid purulent, Gram o cultiu positius)
- L'embassament te un volum important (>1/2 hemitòrax) o està loculat
- pH < 7.2

Quin calibre del tub de drenatge és el més adequat?

Guiats per imatge: 10-14F. Quirúrgics: 24-30F

L'èxit dels drenatges varia segons les sèries i està al voltant del 50-70%, sense que hagin variacions significatives pel calibre del tub. El fracàs habitualment és per adherències pleurals i no per oclusió del drenatge, aquest és el motiu de que els de més gran calibre no tinguin uns resultats millors.

El tractament amb fibrinolítics intrapleurals (capaços de degradar la fibrina que forma les adherències) encara donar més possibilitats als drenatges amb tub prim. La contraindicació absoluta del tractament amb

fibrinolític és el sagnat actiu pleural. No és un motiu per parar el tractament el que un embassament serós es torni hemàtic, aquest fet pot indicar que resta poca quantitat de líquid i que l'embassament s'està resolent. No hi ha absorció sistèmica del fàrmac pel que sagnats en altres localitzacions no són una contraindicació. En cas de pacients traumàtics es pot iniciar el tractament 2-3 dies després del traumatisme.

Pneumotòrax

En els casos de pneumotòrax s'utilitzen tubs de petit calibre (6-8F) donat que no presenten els problemes d'adherències o oclusions del tub. Una vegada s'ha resolt el pneumotòrax, es tanca el drenatge i es manté 24 hores tancat per comprovar que no es reproduïx el pneumotòrax, si és així es pot retirar el drenatge. Els pneumotòrax post-punció tenen una millor evolució i el temps de control amb el drenatge tancat es pot reduir a 4 hores.