

> EDITORIAL

El drenaje pleural tunelizado

Luis Seijo Maceiras

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

El derrame pleural maligno es una complicación temida de muchas neoplasias por su mal pronóstico y la disnea que conlleva.¹ En general, la supervivencia media de estos pacientes no supera los 6 meses.^{2,3} Por lo tanto, su manejo debe ser enfocado desde un punto de vista paliativo. Toda estrategia terapéutica debe contemplar el alivio de los síntomas utilizando la metodología menos agresiva y mas eficaz posible. La opción ambulatoria siempre es deseable, porque evita que el paciente pase días o semanas ingresado, en vez de compartir con los suyos el poco tiempo que le queda de vida.

La toracocentesis de repetición, aunque sencilla y generalmente exenta de complicaciones, no es la solución, ya que la reacumulación de líquido puede ocurrir en cuestión de días,⁴ mientras que la toracostomía convencional, con o sin talcaje, o la videotoracosco-pia, son eficaces, pero implican ingresar al paciente. El drenaje pleural tunelizado (Pleurx® Denver Biomedical Inc.) se diseñó con el propósito de permitir el manejo ambulatorio del derrame pleural maligno. Varios estudios han demostrado la eficacia paliativa de este y otros catéteres similares.⁵⁻⁷

La mayor ventaja del Pleurx® es su tunelización, circunstancia que permite al paciente llevar una vida normal con un mínimo riesgo de infección. La técnica de colocación se basa en el uso de una sirga de metal similar a la empleada en la colocación de vías centrales (técnica Seldinger), y puede realizarse en apenas

20 minutos con anestesia local. El líquido pleural se drena 2 a 3 veces por semana de forma ambulatoria y con ayuda de un familiar previamente instruido en el manejo del catéter. Para el drenaje se utilizan botellas de medio litro con vacío incorporado. Otra ventaja del Pleurx® es la pleurodesis espontánea que ocurre hasta en un 58% de los casos, generalmente al mes de su colocación. En todo caso, el control de los síntomas se produce en la inmensa mayoría de los pacientes (> 90%), independientemente de si se consigue o no la esclerosis.⁸ Las infecciones de la herida en el punto de inserción, el dolor torácico leve, y de manera excepcional, el crecimiento del tumor a lo largo del trayecto o la infección del espacio pleural, son algunas de las complicaciones descritas en la literatura.⁸⁻¹⁰

Es importante destacar que todo, incluso la retirada del drenaje tras la resolución del derrame, se realiza de forma ambulatoria. Así se consigue limitar la cantidad de tiempo que un paciente terminal debe permanecer ingresado, mejorando la calidad de vida y facilitando la contención del gasto sanitario en comparación con las alternativas convencionales que requieren ingreso (\$3,391 vs \$7,830).¹¹ En España, el Dr. Cases lidera una iniciativa del área de técnicas y trasplante de la SEPAR, destinada a recopilar los datos de aquellos centros que utilizan el drenaje tunelizado en nuestro país. Los resultados preliminares del registro han sido presentados en la reunión de invierno del área, destacando la baja tasa de complica-

Correspondencia: Luis Seijo Maceiras. Departamento de Neumología.
Clínica Universitaria de Navarra.
Avda. Pio XII, 36. Pamplona, España 31008

Correo electrónico: lmseijo@unav.es

ciones, la eficacia paliativa del drenaje, y la estimable proporción de esclerosis espontánea alcanzada con el mismo (VI Reunión conjunta de invierno. Areas SE- PAR. Málaga. 2009).

Por último, la satisfacción tanto del paciente como de la familia, es un elemento adicional a tener en cuenta. En nuestro centro hemos realizado una encuesta, constatando que la totalidad de nuestros pacientes y sus familiares recomendarían este tratamiento. El primero recupera con el drenaje ambulatorio un cierto control sobre su enfermedad, mientras que el segundo encuentra en el Pleurx® la posibilidad de contribuir a paliar los síntomas de su ser querido en lugar de asistir impotente a una lenta agonía. Nosotros consideramos el Pleurx® como una opción de primera línea para el manejo del derrame pleural maligno, aunque otros lo utilizan solo en pacientes previamente sometidos a talcaje. En todo caso, el uso del drenaje tunelizado debe ser individualizado ajustándose a las necesidades y circunstancias del paciente y del centro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sahn SA. Malignant pleural effusions. *Clin Chest Med* 1985; 6: 113-125.
2. Hausheer FH, Yarbrow JW. Diagnosis and management of malignant pleural effusion. *Semin Oncol* 1985; 12: 54-75.
3. Ruckdeschel JC. Management of malignant pleural effusions. *Semin Oncol* 1995; 22: 58-63.
4. Anderson CB, Philipott GW, Ferguson TB. The treatment of malignant pleural effusions. *Cancer* 1974; 33: 916-922.
5. Grodzin CJ, Balk RA. Indwelling small pleural catheter needle thoracentesis in the management of large pleural effusions. *Chest* 1997; 111: 981-988.
6. Putnam JB, Light RW, Rodriguez RM, et al. A randomized comparison of indwelling pleural catheter and doxycycline pleurodesis in the management of malignant pleural effusions. *Cancer* 1999; 86: 1992-1999.
7. Clementsen P, Eivind T, Grode G, et al. Treatment of malignant pleural effusion: Pleurodesis using a small percutaneous catheter. A prospective randomized study. *Respir Med* 1998; 92: 593-596.
8. Musani, AI, Haas AR, Seijo LM et al. Outpatient management of malignant pleural effusions with small-bore, tunneled pleural catheters. *Respir* 2004; 71: 559-566.
9. Reichner CA, and Read CA. Subcutaneous metastatic seeding after removal of a pleurx catheter. *Chest*. 2005; 128 (4): 457S.
10. Tremblay A, Michaud G. Single center experience with 250 tunneled pleural catheter insertions for malignant pleural effusion. *Chest* 2006; 129: 362-368.
11. Putnam JB Jr, Walsh GL, Swisher SG, et al. Outpatient management of malignant pleural effusion by a chronic indwelling pleural catheter. *Ann Thor Surg* 2000; 69: 369-375.