



Comunicación breve

Drenaje pleural permanente bilateral simultáneo

Permanent simultaneous bilateral pleural drainage

Manuel Modesto-Alapont^{a,*}, Manuel Alejandro Muñoz-Moya^a, María José Almajano-Luis^a
y Elena Pilar Herrero-Selma^b

^a Departamento de Neumología, Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón, Castellón, España

^b Unidad de Hospitalización a Domicilio, Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón, Castellón, España



INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 4 de enero de 2019

Aceptado el 24 de septiembre de 2019

Introducción

La presencia de derrame pleural maligno (DPM) constituye *per se* el establecimiento de un estado de enfermedad avanzada en pacientes con enfermedad neoplásica. Supone un problema clínico frecuente que se asocia a un empeoramiento pronóstico y de la calidad de vida de estos pacientes, puesto que suele ser recidivante y genera una clínica limitante en forma de disnea^{1,2}.

La toracoscopia (con pleurodesis con talco pulverizado o tipo *poudrage*) es la técnica considerada como *gold standard* para el tratamiento del derrame pleural maligno recidivante, puesto que permite una actitud diagnóstica junto con un acto terapéutico muy efectivo, simultáneamente. El talco puede también aplicarse en suspensión (en suero fisiológico) a través de un tubo de drenaje (*slurry*), y esta opción es preferible en pacientes con afectación pleuropulmonar contralateral (que no tolerarían el colapso unipulmonar necesario para realizar la toracoscopia), o en aquellos con un bajo índice de Karnofsky.

Sin embargo, diversos estudios sugieren que la inserción de un drenaje pleural tunelizado (DPT) es una opción muy útil para el manejo del DPM recidivante^{3,4}. Se trata de una técnica sencilla, escasamente invasiva y que permite el control sintomático ambulatorio con una clara mejoría de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) con resultados favorables a nivel de coste/efectividad⁵. Pese a ello, y dada la capacidad ya evidenciada del DPT de realizar pleurodesis espontáneas⁶, son necesarios futuros estudios de manejo paliativo del derrame pleural recidivante que determinen cuál es la mejor opción de las existentes en la actualidad,

para incrementar dicha CVRS en los pacientes con neoplasias avanzadas⁷.

Observación clínica

En la presente nota clínica describimos el exitoso uso del catéter pleural tunelizado bilateral simultáneo en una paciente con derrame pleural maligno bilateral recidivante y sintomático.

Se trata de una mujer de 83 años (en el momento del procedimiento) con el antecedente de HTA bien controlada. Diagnosticada en 2005 de adenocarcinoma de mama derecha estadio pT1c pN2a (9+/15)M0; en enero de dicho año se realizó doble cuadrantectomía externa de la mama derecha y linfadenectomía axilar homolateral junto a quimioterapia y radioterapia en adyuvancia. Considerada libre de enfermedad desde entonces (2006), se le pautó profilaxis con hormonoterapia durante 5 años. Controlada en consultas externas, en enero de 2013 ingresa por disnea, evidenciándose recaída de la neoplasia por derrame pleural izquierdo (1.200 ml: derrame pleural maligno secundario) con citología positiva para células malignas y biopsia pleural con infiltración por carcinoma mamario.

Manejo del caso

Tras precisar nueva toracocentesis evacuadora (TE) de 1.100 ml a las 3 semanas de la primera (TE de repetición con buena tolerancia y mejoría clínica tras cada drenaje) y proponerle toracoscopia para pleurodesis tipo *poudrage* (que es la técnica considerada como *gold standard*) que la paciente rechazó, se le realizó talcaje (tipo *slurry*) de hemitórax izquierdo (enero de 2013) con instilación de talco intrapleural (4 g de Steritalc[®] diluidos en 50 cc SF) a través de drenaje pleural convencional tras evacuar 1.200 ml de líquido pleural

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: manumodala@gmail.com (M. Modesto-Alapont).



Figura 1. Drenaje de un paciente con catéter pleural tunelizado bilateral.



Figura 2. Situación habitual de un paciente con catéter pleural tunelizado bilateral.

de aspecto seroso. Pese a seguir el procedimiento habitual, tras ello la paciente precisó TE en 2 ocasiones (950 y 900 ml), por lo que se decide, tras la firma del consentimiento informado, colocar un DPT (PleurX®) izquierdo (febrero de 2013), extrayendo 1.000 ml ese día, con manejo domiciliario del drenaje por parte de la hija de la paciente y apoyo de la unidad de hospitalización a domicilio (UHD).

Valorada en consultas externas de oncología en marzo de 2013 se observa progresión de enfermedad (PE) con derrame pleural derecho y se considera no candidata a tratamiento quimioterápico activo (por bajo índice de Karnofsky). Tras toracocentesis diagnóstica derecha con citología positiva para células malignas, evacuando 1.200 ml de líquido de aspecto seroso, evoluciona con nueva aparición de derrame pleural derecho hasta 2/3 de dicho hemitórax que genera disnea. La paciente rechaza la propuesta de ambos tipos de talcaje dada su experiencia previa con el fracaso del talcaje contralateral, por lo que, ante la necesidad de toracocentesis repetidas, se le propone colocar un PleurX® derecho (siendo portadora del drenaje tunelizado contralateral). Tras aceptar dicha propuesta (firmando el consentimiento informado) se le coloca dicho drenaje tunelizado derecho en abril de 2013.

Durante los meses de abril y mayo de 2013 la paciente fue portadora de drenaje pleural tunelizado bilateral y simultáneo con buena tolerancia y buen manejo de los mismos. Ambos drenajes fueron exitosos: el DPT izquierdo se colocó el 19 de febrero de 2013 y fue retirado el 9 de junio del mismo año permitiendo evacuar 2.650 ml en total en 8 maniobras de extracción (las 3 últimas improductivas y con descenso progresivo de la cantidad evacuada) hasta su retirada, mientras que el DPT derecho se colocó el 9 de abril y fue retirado el 20 de agosto permitiendo evacuar 2.400 ml en total con un procedimiento muy semejante. En las figuras 1 y 2 se observa el momento de vaciado de uno de los drenajes tras haber vaciado el contralateral.

En septiembre de 2013 la paciente inició hormonoterapia y en el momento de escribir esta nota (octubre de 2014) la paciente

presenta enfermedad oncológica estable, es autónoma para las actividades básicas de la vida diaria y no ha sufrido disnea en ningún momento sin repetir el derrame pleural.

Discusión

La limitación pronóstica y en términos de calidad de vida de los pacientes con DPM y la creciente incidencia y prevalencia de dicha enfermedad por el aumento de las neoplasias y el carácter recidivante del mismo⁸, ha condicionado en los últimos años la búsqueda de soluciones de manejo sencillas que permitan una asistencia y control ambulatorio de los enfermos y una optimización de los recursos.

Con la publicación del caso descrito, del éxito del procedimiento de manejo de un drenaje torácico tunelizado bilateral y simultáneo, queremos redundar para afianzar la técnica como un procedimiento útil, escasamente invasivo y coste efectivo en el día a día del manejo de los pacientes con derrame pleural maligno.

En el momento de remitir el presente escrito y dado la experiencia exitosa contraída, otro paciente varón con similar situación clínica (habiendo sido rechazado el talcaje tanto *poudrage* como *slurry* y tras la firma de sendos consentimientos informados) ha sido portador durante 8 meses de drenaje tunelizado bilateral simultáneo consiguiéndose la pleurodesis y retirada de uno de ellos y drenando, hasta la fecha, más de 26.000 ml por el drenaje ya retirado (colocado 3 meses antes del contralateral) en 32 maniobras de drenaje domiciliarias y 23.400 ml por el drenaje que porta en 29 maniobras de drenaje domiciliarias, lo que supone un nuevo éxito terapéutico del drenaje pleural tunelizado bilateral simultáneo, al mejorar la calidad de vida de dicho paciente al minimizar la disnea y disminuir las visitas hospitalarias.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores agradecen la colaboración prestada a los pacientes tratados mediante la terapia descrita, a la Fundación de la Comunidad Valenciana Hospital Provincial de Castellón y a la Universidad Cardenal Herrera-CEU, CEU Universities.

Bibliografía

- Villena Garrido V, Cases Viedma E, Fernández Villar A, de Pablo Gafas A, Pérez Rodríguez E, Porcel Pérez JM, et al. Normativa sobre el diagnóstico y tratamiento del derrame pleural. Actualización. *Arch Bronconeumol* 2014;50: 235–49.
- Psallidas I, Kalomenidis I, Porcel JM, Robinson BW, Stathopoulos GT. Malignant pleural effusion: From bench to bedside. *Eur Respir Rev* 2016;25:189–98.
- 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;45:591–6.
- de Abreu I, Bina Biazotto AF, Santos MA, de Souza AAC, Abrao FC, Cavalcante MGC. The Low-Cost, Long-Term Indwelling Pleural Catheter (LunGO): An Inexpensive and Effective Alternative for the Management of Dyspnea Associated with Malignant Pleural Effusions. *Respiration* 2019;98:151–6.
- 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.
- Sioris T, Sihvo E, Salo J, Räsänen J, Knuuttila A. Long-term indwelling pleural catheter (PleurX) for malignant pleural effusion unsuitable for talc pleurodesis. *Eur J Surg Oncol* 2009;35:546–51.
- Lorenzo MJ, Modesto M, Pérez J, Bollo E, Cordovilla R, Muñoz M, et al. Quality-of-Life assessment in malignant pleural effusion treated with indwelling pleural catheter: A prospective study. *Palliat Med* 2014;28:326–34.
- Burrows CM, Mathews WC, Colt HG. Predicting survival in patients with recurrent symptomatic malignant pleural effusions. *Chest* 2000;117:73–8.