

## NEUMOTORAX ESPONTANEO. TRATAMIENTO

**Dr. Ariel A. Sabás**, Jefe del Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Central. Jefe de Trabajos Prácticos de la 2ª Cátedra de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo.

**Dr. Jorge E. Abdala**, Ex Jefe de Residentes del Servicio de Cirugía II del Hospital Central.

**Dr. Eduardo Nocera**, Ex Jefe de Residentes del Servicio de Cirugía II del Hospital Central.

Servicio de Cirugía II y 2ª Cátedra de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo. Jefe: Prof. Dr. Jorge Pérez.

### RESUMEN

Se presentan un total de 37 pacientes portadores de neumotórax espontáneo. El 16 % posee neumotórax recidivado. No se da el caso de ningún neumotórax bilateral simultáneo. Trece son neumotórax espontáneos primarios y 24 secundarios. El diagnóstico se realiza por la clínica y la radiología.

El tratamiento de elección es el drenaje pleural (23 pacientes), debiendo recurrirse a la toracotomía en 11 pacientes, realizándose resección de la bulla y pleurectomía parietal, y haciéndose decorticación pulmonar y tratamiento de la causa etiológica, cuando ya existía plaquipleuritis.

### SUMMARY

A total thirty-seven patients bearing spontaneous pneumothorax is presented. Sixteen per cent have recurrent pneumothorax. There is no evidence of any simultaneous bilateral pneumothorax. Thirteen are primary spontaneous pneumothorax and 24 are secondary. The diagnosis is made through clinics and chest roentgenogram.

The selected treatment is closed thoracotomy-tube drainage (23 patients), open thoracotomy was performed to 11 patients with excision of the bulla and parietal pleurectomy; decortication and treatment of the etiology cause were performed when there already was pleural peel.

### INTRODUCCION

El neumotórax espontáneo, que afecta con mayor frecuencia al adulto joven de sexo masculino, es una patología de observación habitual en cualquier centro asistencial. La causa más frecuente es la ruptura no-traumática de bullas o burbujas subpleurales ubicadas en los lóbulos superiores.<sup>(1)</sup>

La complicación más común es la recidiva de dicho neumotórax, con un porcentaje que oscila entre 10 % y 30 %, de acuerdo con distintas estadísticas.

La patogenia de las burbujas subpleurales sería, según algunos autores, de origen congénito y, según otros, se debería a la ruptura alveolar hasta la delgada capa fibrosa de la pleura visceral, a través del tejido intersticial perivascular.

Si bien se trata de una patología de evolución y tratamiento simple, con respecto de este último existen todavía opiniones diferentes que van desde las terapéuticas que postulan sólo el reposo hasta aquellas que indican la toracotomía, pleurectomía, abrasión pleural, etc., dándose también tratamientos intermedios, tales como el drenaje pleural, siendo éste el de mayor predicamento entre los cirujanos.<sup>(2)</sup>

El objetivo de este trabajo es el de analizar las pautas en el tratamiento de esta afección sobre la base del estudio de un número significativo de pacientes afectados de neumotórax espontáneo.

### MATERIAL Y METODO

Entre los años 1972 y 1981 fueron asistidos en el Servicio de Cirugía II del Hospital Central de Mendoza y en sanatorios privados de dicha ciudad, 37 pacientes afectados de neumotórax espontáneo que requirieron internación por la magnitud de su pato-

logía, correspondiendo 26 al sexo masculino y 11 al sexo femenino. La edad promedio fue de 43-62 años. Las edades extremas 1º y 86 años.

Metodológicamente, para clasificar a dichos enfermos se ha adoptado la división de los neumotórax espontáneos realizada por Lillington y Jamplis<sup>3</sup> y que se transcribe a continuación:

1. **Neumotórax espontáneos primarios.** Simples-benignos o idiopáticos, sin causa etiológica aparente.

2. **Neumotórax espontáneos secundarios.** Tienen causas definidas, ya sea por:

- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
- Enfisema ampolloso.
- Quistes simples.
- Neoplasias.
- Tuberculosis.

Se han observado, de acuerdo con esta división, 13 neumotórax espontáneos primarios y 24 neumotórax espontáneos secundarios.

Las causas de los neumotórax secundarios han sido las siguientes:

• EPOC .....	8
2 con antecedentes asmáticos	
1 con enfermedad de Hamman-Richs ✓	
• Enfisema ampolloso .....	4
• Tuberculosis .....	4
• Infección pulmonar .....	3
• Hidatidosis pulmonar .....	3
• Neoplasias .....	2
1 carcinoma de mama y 1 de pulmón	

El derrame pleural se asoció al neumotórax en 13 pacientes:

- Derrame seroso ..... 3
- Derrame purulento ..... 8
  - 2 por tuberculosis
  - 2 por hidatidosis
  - 3 por infección pulmonar
  - 1 por cáncer de pulmón

Seis pacientes presentaron neumotórax recidivados (16 %) y 3 pacientes presentaron neumotórax hipertensivos (uno por EPOC, uno por hidatidosis y otro sólo por burbujas subpleurales); estos pacientes requirieron tratamiento de urgencia.

El diagnóstico se realizó a través de la clínica (dolor y disnea fueron los síntomas más frecuentes) y, en la mayoría de los casos, por radiología simple de tórax.

### TRATAMIENTO Y EVOLUCION: RESULTADOS

Los resultados discriminados de acuerdo con los diferentes tratamientos aplicados son los siguientes:

1. **Reposo.** Se les indicó a 3 pacientes que presentaron neumotórax de menos de 50 % y muy leve disnea, observándose la consiguiente reexpansión pulmonar.

2. **Drenaje pleural.** Se realizó a 23 pacientes como único tratamiento. Es preciso destacar que, desde el punto de vista técnico, dicho drenaje se colocó mediante incisión quirúrgica, por medio de una sonda de Levin Nº 10 u 11, por vía hemiclavicular anterior o por vía axilar (en los últimos casos se prefirió esta vía por ser menor la masa muscular a disecar y mejores los resultados estéticos<sup>(1)</sup>): sistemáticamente se asoció bomba de aspiración continua a -20 mm Hg de presión. En aquellos neumotórax asociados con derrame se comenzó colocando drenaje sobre la base del tórax para drenar el líquido; cuando con ello no se resolvió el problema del neumotórax, se colocó un segundo drenaje en la parte superior.

La indicación del drenaje pleural estuvo motivada en algunos casos por tratarse de neumotórax totales; en otros casos, por ser neumotórax parciales de menos de 50 %, pero que ocasionaban intensa disnea y, en otros, por estar asociados a derrame pleural.

De los 23 enfermos tratados exclusivamente por este procedimiento:

- 2 fallecieron por pnoneumotórax tuberculoso grave;
- 2 fallecieron por insuficiencia respiratoria (EPOC) (uno de ellos con la enfermedad de Hamman-Richs);
- a 1 paciente fue necesario volver a colocarle el drenaje que se le había retirado precozmente.

El resto de los pacientes evolucionó favorablemente.

3. **Toracotomía.** A 11 pacientes se les realizó toracotomía. A 5 de ellos se les había aplicado previamente drenaje pleural, pero por ser su evolución desfavorable (pérdida aérea importante sin reexpansión pulmonar) fue necesario realizarles toracotomía. Seis pacientes sufrieron la toracotomía como tratamiento inicial, ya sea por ser recidivados, ya sea por requerir la decorticación pulmonar como tratamiento.<sup>(2)</sup>

Según las exigencias de cada caso se aplicaron los siguientes procedimientos:

- toracotomía exploratoria, a 1 paciente por cáncer de pulmón;
- a 5 enfermos, por enfisema ampolloso o bulloso, se les aplicó toracotomía posterolateral con resección del vértice pulmonar, asociada en 4 de ellos a pleurectomía parietal parcial "en tiras o medallones"<sup>(3)</sup> y a 1 abrasión pleural;
- 5 enfermos sufrieron decorticación pulmonar;<sup>(4)</sup> a 3 de ellos se les realizó el tratamiento del quiste hidatídico causante de la patología.

De estos 11 enfermos toracotomizados:

- 1 falleció a los 60 días por su cáncer de pulmón;
- 2 enfermos, a quienes se les había practicado pleurectomía parietal, desarrollaron hemotórax posoperatorio, requiriendo uno de ellos ser reoperado, mientras que el otro caso pudo ser solucionado mediante la colocación de un drenaje pleural.

Los dos últimos casos citados evolucionaron finalmente bien, así como el resto de los pacientes, no habiéndose observado hasta el presente en ninguno de ellos recidiva de su neumotórax.

### DISCUSION. COMENTARIOS

El neumotórax espontáneo constituye, en general, una patología benigna que puede ser solucionada con medidas simples, tales como la colocación de un drenaje pleural. Esta patología requiere, a veces, terapéuticas más agresivas por no aplicarse el drenaje pleural a su debido tiempo, por mal manejo de éste o por la etiología de la enfermedad.

Creemos que la colocación de un drenaje pleural, por vía axilar, constituye la terapéutica inicial de elección. Sólo aconsejamos el reposo en casos excepcionales de neumotórax mínimos, ya que implica mayor tiempo de reexpansión pulmonar —3 a 4 semanas—, lo que requiere mayor tiempo de internación y de gasto hospitalario con las subsiguientes consecuencias socioeconómicas, en contraposición a 4 a 6 días de internación en los casos en que se aplica un drenaje pleural.<sup>(5)</sup>

Hemos indicado la toracotomía en los siguientes casos:

1. Neumotórax recidivados.
2. Fracaso del tratamiento con drenaje.
3. Cuando el neumotórax es acompañado por patología visible radiológicamente, tal como: ampollas de enfisema, quistes hidatídicos, etc.

Consideramos que también debe indicarse la toracotomía en:

4. Hemoneumotórax masivos.
5. Neumotórax contralaterales.

En cuanto a la broncoscopia, opinamos que debe practicarse cuando habiendo un buen funcionamiento del drenaje pleural, el pulmón no se expande con el objetivo de aspirar tapones mucosos o descartar patologías endobronquiales que impidan la reexpansión.

Por último, creemos importante destacar que la hidatidosis es, en nuestro medio, una de las causas de neumotórax cuando el quiste hidatídico busca salida hacia la pleura. Los enfermos que padecen esta patología debutan con cortejo sintomático ruidoso acompañado de derrame pleural que se repro-

duce con rapidez y se infecta precozmente. En uno de los 3 casos de hidatidosis que hemos presentado se logró ver radiológicamente la cavidad quística, en los otros dos casos la identificación de dicha cavidad fue un hallazgo operatorio.<sup>(8)</sup>

## BIBLIOGRAFIA

1. Gómez, M. A., y col.: "Las perforaciones pleuropulmonares espontáneas". Boletín y Trabajos Academia Argentina de Cirugía, LX (Nº 29), 1976.
2. Vasallo, B.: "Neumotórax espontáneo e iatrogénico". Boletín y Trabajos Sociedad Argentina de Cirujanos, XLI: 208-221, 1980.
3. Villegas, A. H.: "Neumotórax espontáneo. Complicaciones graves causadas por tratamiento inicial inadecuado". Rev. Arg. de Cirugía, 40:28, 1981.
4. Bracco, A. N.: "Discusión del trabajo de Gilardon, A. R., y col.". Rev. Arg. de Cirugía, 37:67, 1979.
5. Santos, A. A.: "Discusión del trabajo de Gilardon, A. R., y col.". Rev. Arg. de Cirugía, 37:65, 1979.
6. Gilardon, A., Hurtado Hoyos, E., y col.: "Amplia toracotomía para el control del neumotórax espontáneo benigno". Rev. Arg. de Cirugía, 37:62-69, 1979.
7. Gaensler, S. A.: "Parietal pleurectomy for recurrent spontaneous pneumothorax". Surg. Gyn. and Obst., 102:293, 1956.
8. Sabás, A. A.: "Complicaciones pleurales de la hidatidosis". Rev. Científ. de la Soc. Cirug. de Mendoza, 9, pp. 18-22, 1975.