

2012 Noviembre, 3(2): 1-2

"NEUMOTÓRAX, MANEJO CLÍNICO QUIRÚRGICO"

Autores: . Featherson C , Paglia A, Riquelme R, Tomasco F, Camila R, Santín D, Coscarelli L, Michelini C

Lugar de Trabajo: Hospital San Juan de Dios, La Plata - Cátedra de Cirugía C - FCM/ UNLP

E-mail de contacto:romiiriquelme@gmail.com

Introducción

La acumulación de aire en el espacio pleural entraña una situación patológica que se denomina neumotórax. Puede darse sin que medie traumatismo, lo que se conoce como "neumotórax espontáneo", donde subyace una patología a nivel del espacio aéreo: burbujas o blefs (se ven en menores de 20 años) o rotura de bullas enfisematosas (epoc, ancianos), que generalmente son de localización apical y periféricos, donde la rotura de la pleura visceral, hace que el aire del espacio aéreo gane el espacio pleural y se acumule originando dicha patología. En la mayoría de los casos media un evento traumático, ya sea por herida punzante o de arma de fuego, por fracturas costales por impacto directo o bien de causa iatrogénica durante métodos diagnósticos o terapéuticos de punción pulmonar para biopsia o avenamiento o colocación de catéteres de vías centrales, en especial subclavia. El neumotórax por barotrauma es aquel que se ve generalmente en pacientes con respiración asistida, donde el aumento de la presión de la vía aérea determina la rotura periférica del parénquima y la pleura, comunicando los dos espacios (pulmonar y pleural). Aquellos neumotórax en los que el la brecha de pasaje aéreo actúa como una válvula unidireccional, determinarán un aumento continuo de la presión pleural, que determinará el colapso cardiocirculatorio, representando un urgencia quirúrgica. La forma de expresión clínica generalmente es con dolor torácico, a predominio en la región escapular (omalgia) y dolor lateral de carácter punzante (dolor en puntada de costado), casos más excepcionales corresponden al dolor referido al abdomen por compromiso de la pleura parietal diafragmática lateral, al precordio por compromiso de la pleura parietal diafragmática medial y la mediastínica inferior o a la base del cuello por compromiso de la pleura parietal mediastínica superior. Otro síntoma concomitante es la disnea, de intensidad variable. La signosintomatología dependerá de la cantidad de aire que ocupe el espacio pleural. Al examen físico se puede objetivar inmovilidad del hemitórax afectado, asimetría de la expansión con abolición de las vibraciones vocales, se percibirá hipertimpanismo o hipersonoridad y se auscultará ausencia de murmullo vesicular y respiración broncovesicular homolateral. El tratamiento es quirúrgico, mediante el avenamiento de la cavidad pleural con un tubo de silastic. Se realiza por toracotomía mínima a nivel de la línea medioaxilar, entre el segundo y el cuarto espacio intercostal. El tubo debe medir no menos de dos metros y estar conectado a un sistema de trampa de agua (frasco sifón). Puede conectarse a aspiración continua. El tubo de tórax siempre deberá estar colocado por debajo del paciente (debajo del nivel de la cama), siempre que el paciente se movilice deberá clamparse y en ningún momento quedará libre. Permanecerá colocado por un período de 5 a 7 días, hasta que reexpanda el pulmón y deje de burbujear, lo que indicará que ambas pleuras hicieron fibrosis y se cerró la brecha. Un 30% puede recidivar y por lo general corresponden a neumotórax espontáneos.

Objetivos

El objetivo del presente trabajo fue el de realizar una revisión bibliográfica clínico-quirúrgica de dicha patología, por tratarse de una de las patologías quirúrgicas del tórax más frecuente, y de conocer la estadística de la sala de cirugía del hospital San Juan de Dios de nuestra ciudad.

Materiales y Métodos

Se concurrió al servicio de cirugía del hospital San Juan de Dios, donde se evaluaron los pacientes intervenidos en el servicio durante septiembre del año 2011 hasta septiembre del año 2012, relevando los casos de neumotórax y evaluando el manejo clínico quirúrgico y relevando datos bibliográficos de la especialidad.

Resultados

2012 Noviembre, 3(2): 1-2

Se evaluaron 29 pacientes con neumotórax, asistidos en el servicio de cirugía del Hospital San Juan de Dios de La Plata. 14 correspondieron a neumotórax espontáneos (9 por blebs en pacientes jóvenes) y 5 en pacientes epoc. 13 casos fueron traumáticos, de los cuales dos fueron por barotrauma y uno iatrogénico durante la colocación de un catéter central. 10 fueron neumotórax recidivados, todos en pacientes con blebs. Los tubos de avenamiento se colocaron todos a aspiración continua y frasco sifón y el tiempo de duración fue de 4 a 9 días, con un promedio de 5,4 días.

Conclusión

El neumotórax representa la patología quirúrgica torácica más frecuente. Todo médico general debe buscarla en un paciente con trauma torácico y alteración semiológica y sospecharla en pacientes jóvenes, que consultan por omalgia y disnea. Lo ideal es diagnosticar el neumotórax grado I con sospecha clínica. Es fundamental conocer el manejo del tubo de tórax para evitar recidivas o entorpecer la evolución del tratamiento.