

GIDO

grup d'investigació i divulgació en oncologia

PLEURODESIS: CUANDO, CÓMO y POR QUÉ

Carlos Jordá Aragón
Cirujano Torácico
Hospital Universitario La Fe

- Consideraciones previas
 - Existencia de un ***DERRAME PLEURAL MALIGNO***
 - Presencia de células malignas en el líquido pleural
 - Debido a un aumento de la permeabilidad capilar y la dificultad de drenado linfático
 - Las causas de 2/3 de los DPM son el cáncer de pulmón, cáncer de mama y el linfoma
 - Un 15 % de los pacientes con DPM se desconoce la localización el origen primario



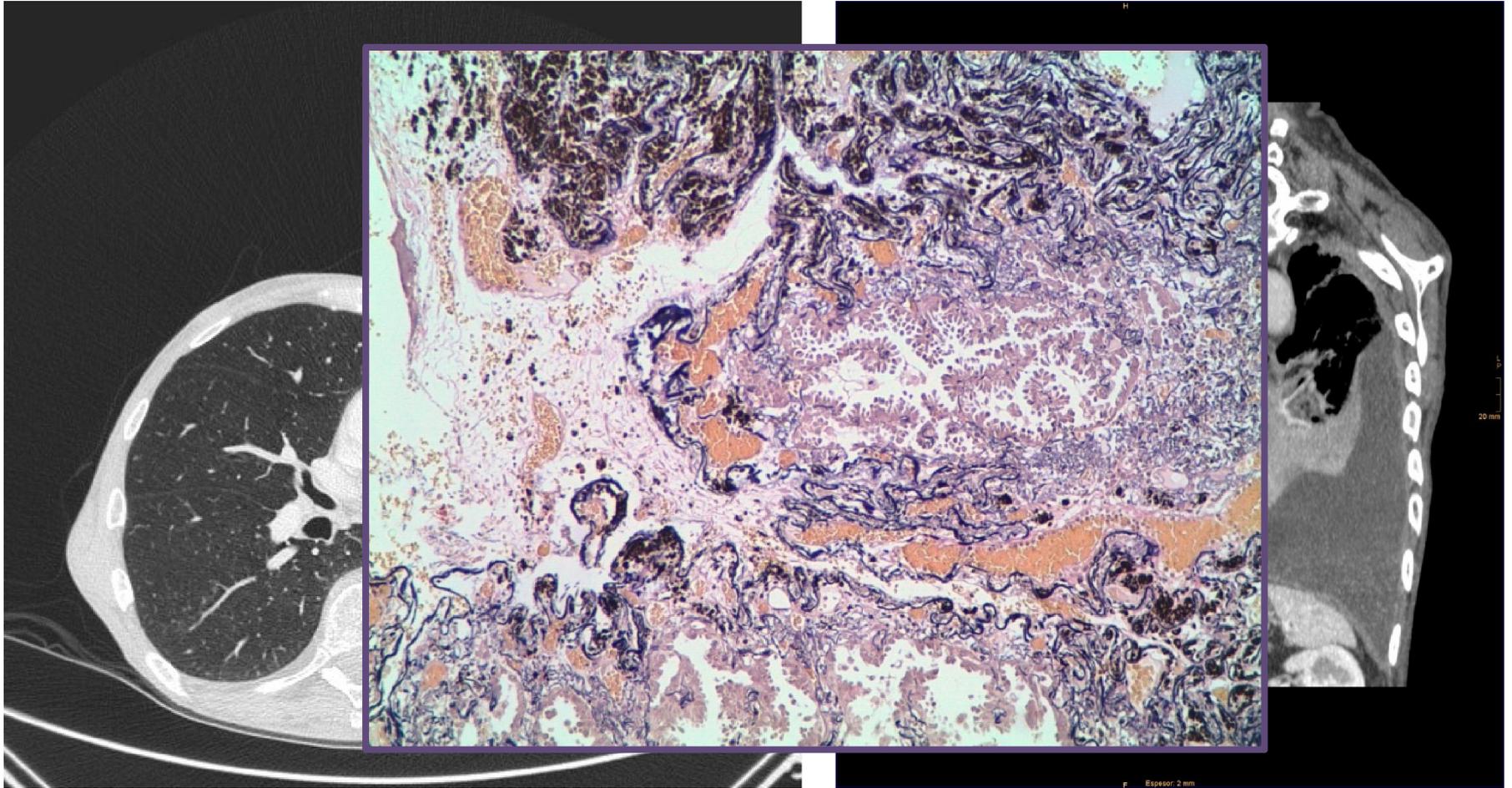
- Especial atención debe tener el ***derrame pleural paramaligno***
 - Donde NO se evidencian células malignas en el líquido pleural
 - Se debe a los efectos locales o sistémicos del tumor o a complicaciones del tratamiento
 - Muy frecuente en el cáncer de pulmón
 - No afecta a la operabilidad

- ***ANTE UN DPM TRATAR O NO TRATAR***
 - Tumor que no responde a tratamiento sistémico
 - El derrame tiene que ser sintomático (disnea, tos, opresión torácica, dolor)
 - Los síntomas que estén provocados claramente por el derrame
 - Que pueda existir una re-expansión pulmonar
 - Derrame pleural recurrente
 - Para la pleurodesis “una expectativa de vida > a 3 meses”

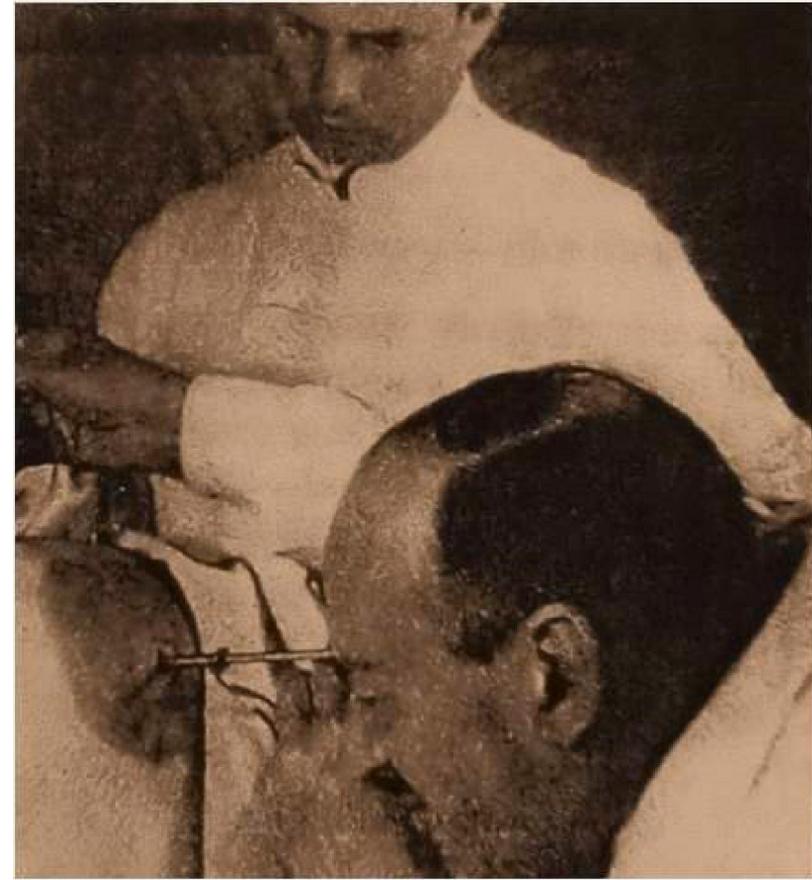
PLEURODESIS

GIDO

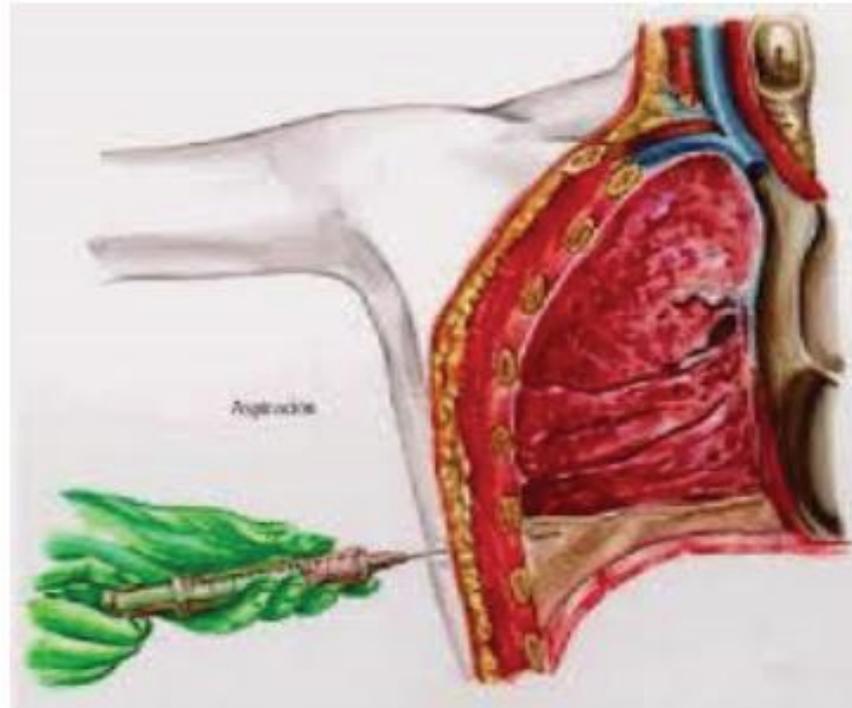
grup d'investigació i divulgació en oncologia



- ¿Cómo?
 - TORACOCENTESIS REPETIDAS
 - PLEURODESIS QUÍMICA
- DRENAJE
- TORACOSCOPIA



- TORACOCENTESIS EVACUADORAS



- **TORACOCENTESIS EVACUADORAS**

VENTAJAS	INCOVENIENTES
Mejoría inmediata de la disnea	No impide la recidiva del derrame pleural
Indicada en pacientes terminales con una expectativa de vida 1-2 meses	Mayor exposición a complicaciones del procedimiento (neumotórax, empiema, loculación)
Indicada en los casos DPM de lenta creación	Predispone al desarrollo de una fibrosis pleural, limitando la re-expansión
	Provoca ansiedad y discomfort en el paciente
	Sobrecarga con visitas frecuentes

- ¿Por qué?
 - Previene la recurrencia del DPM
 - Mejorar la disnea
 - Evita los riesgos de toracocentesis repetidas:
 - Pérdida de proteínas y electrólitos
 - Engrosamiento pleural y encarcelamiento pulmonar
 - Empiema
 - Loculaciones
 - Lesión pulmonar y fístula broncopleural.

- **PLEURODESIS QUÍMICA**

Agentes químicos más frecuentemente utilizados			
	TALCO	DOXICICLINA *	BLEOMICINA
Disponibilidad	Buena	Buena	Buena
Coste	Mínimo	Mínimo	Alto
Eficacia ⁺	> 90%	50%-75%	60%-85%
Efectos adversos ⁺⁺	++	+++ (dolor)	++
Toxicidad	Mínima	Mínima	Mínima

- **PLEURODESIS QUÍMICA**

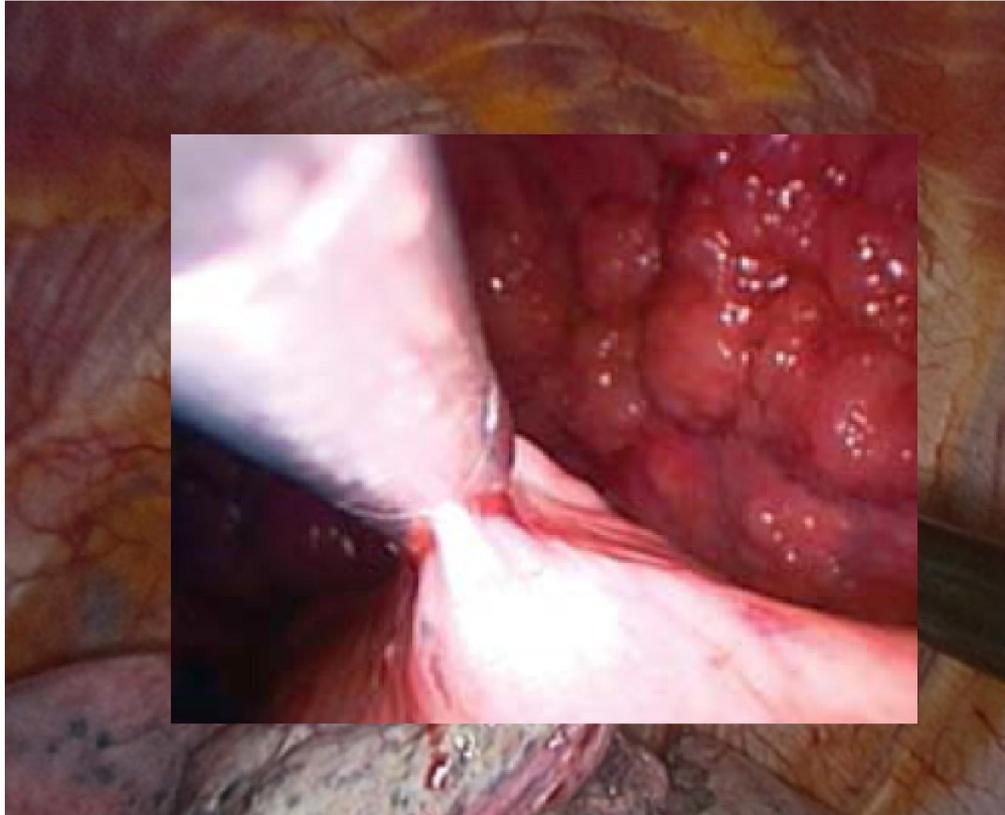
PLEURODESIS CON TALCO		
	TUBO DE DRENAJE	TORACOSCOPIA
Técnica y producto utilizado	5 g de talco diluido en 100 cc de SF instilados a través de un tubo de tórax	5 g de talco introducidos por insuflación sobre el pulmón y la pleura
Ventajas	Simplicidad En la cama del paciente Anestesia local Eficacia > 90%	Evacuación completa del derrame Rompiendo loculaciones Toma de biopsias: múltiples y dirigidas Distribución homogénea del producto en ambas superficies Posicionamiento del drenaje bajo control visual Eficacia > 90 %
Inconvenientes	Neumonitis Oclusión del drenaje por partículas de talco	Coste adicionales (Sala/Q) Anestesia general y ventilación unipulmonar.

• PLEURODESIS QUÍMICA

- **TALCAJE A TRAVÉS DEL TUBO DE TORÁX** (En la cama del paciente)
 - Drenaje gordo (28F). Anestesia local
 - Vaciado lento. Evitar el edema pulmonar por re-expansión
 - Una vez vaciado, conectar a aspiración
 - Rx tórax: EVIDENCIAR LA RE-EXPANSION PULMONAR
 - Drenado < 200-300 mL/día. Momento ideal del talco
 - No alérgico ni a talco ni a lidocaína
 - Premediación: mdz-bz. 30 minutos antes
 - Talco en suspensión. Clampar durante 3-4 horas.
 - ¿Movimiento?
 - Succión – 20 cm H₂O
 - Quitar cuando el débito sea 3-5 mL/kg.



- PLEURODESIS QUÍMICA
 - **TORACOSCOPIA**



- **PLEURODESIS QUÍMICA**
 - ***TORACOSCOPIA***
 - Sedación o
 - Anestesia general: ventilación unipulmonar/decúbito lateral / monitorización
 - 1 ó 2 puertos de acceso
 - Vaciado completo y toma de biopsias
 - Reparto homogéneo por la superficie pleural del talco pulverizado
 - Colocación drenaje bajo visión directa
 - Quitar cuando el débito sea 3-5 mL/kg.

- SI FRACASA LA PLEURODESIS QUÍMICA.
¿QUÉ HACER?
 - Nuevo intento
 - Toracocentesis evacuadoras
 - Catéter pleural permanente



- **CONCLUSIONES**

- La ***toracocentesis evacuadora*** es la primera medida ante un paciente oncológico y derrame pleural, con objetivo diagnóstico y aliviar la disnea.
- El tratamiento de elección en todos los derrames pleurales recidivantes, masivos y malignos que no responden a ningún otro procedimiento terapéutico y con pronóstico vital superior a un mes, es la ***pleurodesis química***.
- Objetivo: conseguir la mejor re-expansión pulmonar posible
- El ***talco*** es el agente más eficaz para la pleurodesis
- La pleurodesis ***toracoscópica*** es la técnica más efectiva

GIDO

grup d'investigació i divulgació en oncologia

GRACIAS