

PNEUMOTORAXA. TRATAMENDUA

PNEUMOTHORAX. TREATMENT

NEUMOTORAX. TRATAMIENTO

Naia Uribe-Etxebarria, Lucia Hernández-Pérez, Unai Jiménez-Maestre, Mónica Lorenzo-Martín, Joaquín Pac-Ferrer

Gurutzetako Ospitaleko Kirurgia Toraziko Zerbitzua. Barakaldo. Bizkaia. España UE.

Pneumotorax espontaneo primarioaren tratamendua

a) Lehenengo episodio ez konplikatuaren tratamendua

Sintoma eta pneumotorax tamainaren arabera tratamendua ezberdina izan daiteke:

1. Behaketa

Gaixo asintomatiko, osasuntsu eta pneumotorax txikiarekin zain egon gaitezke erradiografian eta klinikoki ez bada ikusten progresiorik.

Pleura gunetik aire birxurgapena pneumotoraxaren bolumenaren %1,25/24 ordutan (50-70 ml 24 ordutan) da. Oxigenoaren administrazioa, aire normala baino arinago birxurgatzen dena, modu ona da birxurgapena arintzeko. Gaixok oso hurbiletik kontrolatu behar dira. Pneumotoraxa handitzen bada toraxeko drenajea jarri behar da.

2. Drenajea+aspirazioa

Torakostomiako hodia ur-zigilu sistemari lotua pneumotorax handi eta ertainen tratamendurik onena da. Paziente gehienetan errexpansioa arin gertatzen da eta 48 ordutan aire ihesa bukatu egiten da. Nahiz eta drenajea gehi ur-zigilua balio izan, gehienetan aspirazioa (-10cmH₂Oetik -20cmH₂Oera) erabiltzen da.

Drenajea aire ihesa bukatzean eta birikaren errexpansioaren 24-48 ordu ondoren kendu ohi da. Kontrol erradiologikoa behar da drenajea kendu eta gero.

3. Drenajea eta Heimlich balbula

Bide bakarreko balbula da. Birxurgapena pasiboa da. Normalean jarri egiten da birika bere lekura bueltatzen denean eta aire ihesa oso txikia denean. Birika berriro uzkuertzen bada ur-zigilua eta aspirazioa berriro konektatu behar dira.

4. Kirurgiaren indikazioa lehenengo episodioan

- Aire ihesa 4-7 egun baino gehiago irauten du. %3-5 pneumotoraxetan gertatzen da.
- Alde bietako pneumotorax sinkronikoa.
- Hemotoraxa.
- Hegazkinetan lan egiten dutenak eta buzo moduan lan egiten dutenak.
- Ospitaletik oso urrun bizi direnak.
- Hemitoraxaren 1/3 okupatzen duen buila.

b) Bigarren episodioa edo errekurrentzia

Gutxi gora behera lehenengo pneumotoraxa izan duten %20k bigarren pneumotorax bat izango dute lehenengo bi urteetan. Arrisku hau %50era igotzen da bi pneumotorax edo gehiago izan duten pazienteetan. Beraz, bigarren pneumotoraxa izan duten pazienteetan ebakuntza gomendatzen da. Pneumotoraxa ahurdun dagoen emakume baten ematen bada, ebakuntza bigarren hiruhilabetean egitea gomendatzen da.

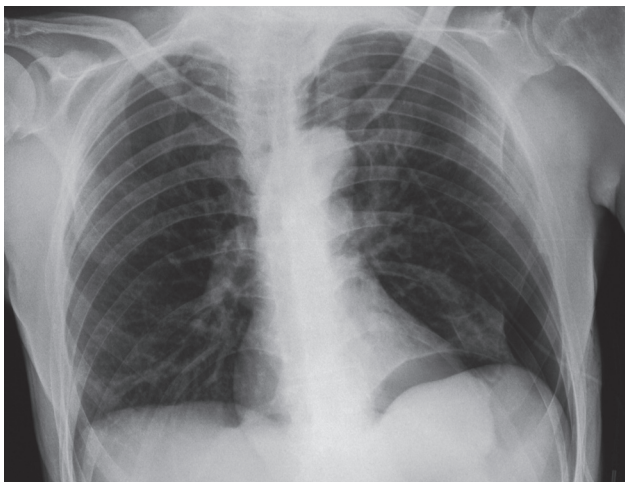
Kirurgia estrategia

Bleb edo builen erresekzioa gehi pleura gunearen desagertzea, pleurektomia edo abrasio pleuralaren bitartez, egiten da.

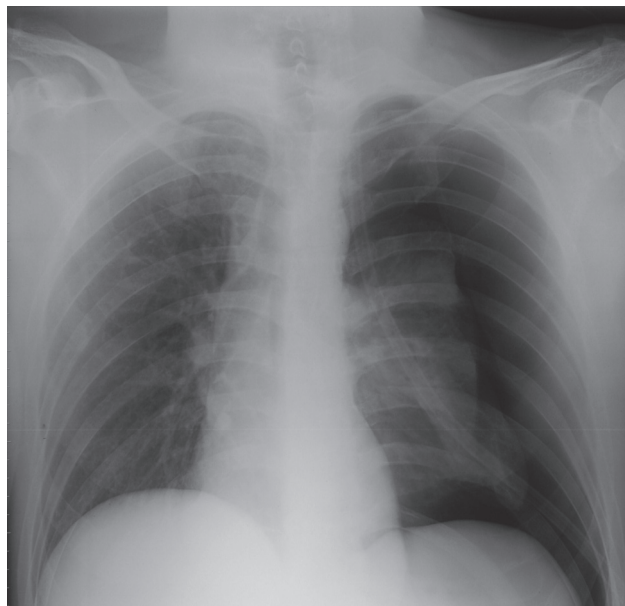
Bleb edo builak apikalak badira, hauek kentzen dira birika erresekzio atipikoa eginez. Erresekzio anatomikoak (segmentektomia anatomikoak eta lobektomiak) ez dira ia inoiz egiten.

Bleb-ak ez dira beti agertzen ebakuntzan. Nahiz eta blebik ez aurkitu, birika apexaren erresekzioak errekurrentzia tasa jaitsi egiten du(1).

Correspondencia:
Naia Uribe-Etxebarria
Gurutzetako Ospitaleko Kirurgia Toraziko Zerbitzua
Barakaldo. Bizkaia. España UE.
Correo electrónico: NAIA.URIBE-ETXEBARRIALUGARIZA-ARESTI@osakidetza.net



1. Irudia: Toraxeko erradiografia honetan ezker aldeko pneumotoraxa ikusten da eta hau tratatzeko jarritako drenaje hodi txikia (Pleurecath®).



2. Irudia: Toraxeko erradiografia honetan ezker aldeko pneumotoraxa ikusten da eta hau tratatzeko jarritako drenaje hodi lodia.

Pleura gunearen obliterazioa pleurektomia parietal edo parietal pleuraren abrasio mekaniko edo kimikoaren bidez sortzen da. Honek birika torax hormari itsastea sortzen du. Morbilitatea txikia da, baina zenbait konplikazio garrantzitsu gerta daiteke, adibidez, hemorragia. Pleurektomiak emaitza oso onak ditu, errekurrentzia tasa %1etik %5era delarik. Gaixo gehienak ebakuntzaren ondorengo 4-5 egunetan etxera doaz.

Ebakuntza irekia izan daiteke ere torakotomia axilar bat eginez edo torakotomia lateral txiki baten bidez. Gaur egun bideotorakoskopia ere badugu (VATS). Bietan anestesia jenerala behar da eta teknika berdina da. VATS-aren bidez eginiko ebakuntzetan analgesia beharra gutxitu egiten da, arinago erreku-peratu egiten dira, baina errekur-rentzia tasa %5ekoa da(2).

Pleurodesi kimikoa beste aukera bat da. Produktu asko erabili dira orain arte, kinakrina, odol autologoa, bleomizina, tetraziklina eta talkoa. Talkoak (silikato magnesio-aren hidroxidoaren hautsa) pleuraren irritazioa, fibrosia eta honen ondorioz pleura bien arteko itsaspena sortzen du(3). Dosi maximoa 8gr dira. Gehien erabiltzen den produktua da, merkeena eta efektiboena. Zirujau askok ez daude ados pneumotorax primario espontaneotan erabiltzeko, batez ere etorkizunean pazienteari torakotomia bat egin behar bazaio morbilitatea asko igoko zelako.

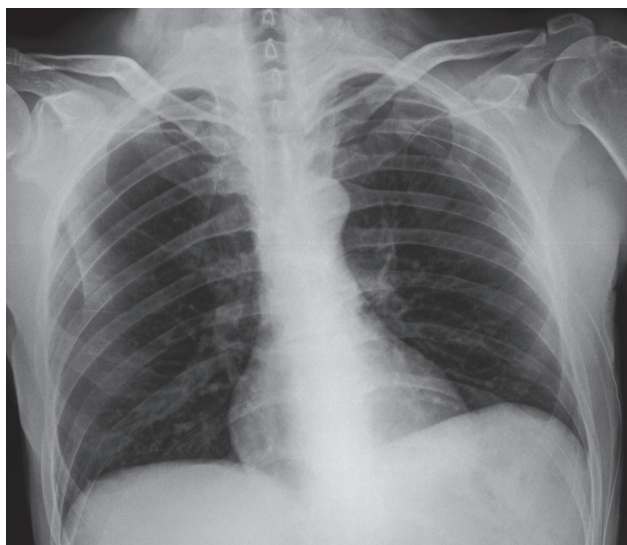
Pneumotorax sekundarioaren tratamendua

Gaixoen %40-50ak bigarren pneumotoraxa izateko arriskua du. Birika ehunaren baskularizazioa murriztua denez, aire ihesa denbora luzez izateko joera dute, beraz, lehenengo episodioan pleurodesi kimikoa edo kirurgia

planteatu daiteke. Enpiema eta ospitaleko infekzioen bat hartzeko joera dute ere.

Tratamenduaren aukeraketan sintomen gradua eta iraupena, birika parenkimaren gradua, zenbat episodio izan dituen aurretik, komorbilitatea eta talde kirurgikoaren esperientzia kontutan hartu behar dira. Pneumotorax sekundarioa duten gaixoetan lehenengo eta behin toraxeko drenajea jarri behar da. Tratamendu kontserbadorea askotan justifikatu behar da gaixoen arrisku kirurgikoa handia delako, baina kirurgia goiz kontsideratu behar da infekzio nosokomiala hartzeko duten joeragatik. Pleurodesi kimikoa ez da beti posiblea edo efektiboa gaixo hauetan. Ahal bada bideotorakoskopiaz egitea nahiago da. Zirujau askorentzat torakotomia modu segurua da baimentzen duelako buila handiak ikusi eta kentzea. Morbilitatea %10koa da. Anestesia oso arriskutsua den gaixoetan pleurodesi kimikoa edo drenaje iraunkorra Helminch balbularekin erabili daiteke. Drenajetik talkoa suspentsioan ere erabili daiteke.

Beraz, pneumotoraxa pleuren arteko gunean airearen presentzia da. Etiologia desberdinak izan ditzake. Biriken gaixotasuna duten pazienteetan eta ez dutenetan ager daiteke. Klinika ohikoena toraxeko mina eta disnea da. Pneumotorax oso handiak, tentsio pneumotoraxak, berehalako tratamendua behar dute gaixoaren bizitza arriskuan jartzen dutelako. Pneumotoraxaren tratamendua gaixo bakoitzaren egoera, pneumotorax tamaina, aurretik izandako pneumotorax kopurua eta talde medikoaren esperientziaren arabera alda daiteke.



3. Irudia: Torax erradiografia honetan ezker aldean izandako pneumotoraxa tratatzeko jarritako drenaje hodia ikusten da. Birika bere izatera bueltatu da.

Bibliografia

1. Czerny M, Salat A, Fleck T, et al. Lung wedge resection improves outcome in stage I primary spontaneous pneumothorax. *Ann Thorac Surg* 1004;77:1802.
2. Sedrakyan A, Van Der Meulen J, Lewsey J, Treasure T. Video assisted thoracic surgery for treatment of pneumothorax and lung resections. Systematic review of randomised clinical trials. *BMJ* 2004;329:1008.
3. Cardilo G, Carleo F, Giunti R, et al. Videothoracoscopic talc pouddrage in primary spontaneous pneumothorax: A single-institution experience in 816 cases. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2006;131:322-328.