



EDITORIAL

Las cavidades pleurales crónicas complicadas: una entidad olvidada y “sepultada” antes de tiempo

Autor: Carlos A. Rombolá

Servicio de Cirugía Torácica
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

“Los hechos no dejan de existir solo porque sean ignorados.” Thomas Henry Huxley

Actualmente, es poco común encontrar algo relacionado con “las cavidades pleurales residuales (o crónicas)” como tema de debate en los programas de congresos o en las revistas científicas de patología respiratoria. Menos habitual es enterarse de algún nuevo tratamiento o técnica quirúrgica para paliar este conjunto de patologías, que, aún hoy en día, son tan deteriorantes para los pacientes y costosas a nivel sanitario.

Aunque, verdaderamente, su incidencia ha decaído notablemente debido a los avances en el tratamiento de la tuberculosis, el desarrollo de los antibióticos y el tratamiento del empiema, ésta es una entidad que aún prevalece en nuestro medio. Y, obviamente, es mucho más frecuente en países en vías de desarrollo y con menores recursos sanitarios.

Sin embargo, casi todos los tratamientos quirúrgicos que empleamos en nuestros días, fueron descritos hace más de 50 años, cuando esta patología era más frecuente que el mismo cáncer y cuando la lucha contra estas complicaciones era el “pan de cada día” de neumólogos y cirujanos torácicos.

Tan infrecuente es hablar en nuestros días de este tema que considero necesario aclarar algunos conceptos y definir a las “cavidades pleurales residuales” antes de continuar con este editorial.

Todos sabemos que, en condiciones patológicas, la cavidad pleural es capaz de acumular grandes volúmenes de aire o líquido. En la mayoría de los casos, dichas colecciones se reabsorben espontáneamente o pueden ser evacuadas mediante drenajes, logrando restablecer la anatomía y funciones habituales. Sin embargo, en otras ocasiones, distintos estados patológicos de la propia pleura o del pulmón impiden la correcta reexpansión pulmonar, quedando una cavidad pleural residual o crónica. Este proceso de fallo de reexpansión pulmonar condiciona la presencia de lo que comúnmente llamamos “pulmón atrapado”.

Las “cavidades pleurales residuales” se definen, entonces, como cámaras pleurales persistentes causadas por un fallo de reexpansión pulmonar y que no pueden resolverse espontáneamente ni con un drenaje, ni con

fibrinolíticos, ni con una decorticación pulmonar. Por tanto, el término “residual” en esta definición hace referencia a una secuela, generalmente secundaria a una resección pulmonar o una infección pleural crónica.

Así pues, estas cavidades pueden ser asintomáticas o complicarse con infecciones crónicas, hemorragias, disnea o dolor por la retracción. Por otro lado, estos espacios confieren un “microclima” idóneo para la colonización e infección por diversos microorganismos difíciles de erradicar debido al alcance subóptimo de los antibióticos y mecanismos inmunológicos del individuo a estos niveles. Este estado de infección crónica conlleva un marcado deterioro progresivo del estado general, nutricional y de la calidad de vida del paciente, que lo conduce lentamente a la muerte.

Desde hace casi 100 años, *Graham y Bell (1925)*, han establecido dos “pilares fundamentales” para el tratamiento de estas cavidades:

- A. El drenaje, limpieza de la cavidad y medidas de soporte para el control agudo de esta afección. Se incluyen en esta etapa del tratamiento los drenajes pleurales a largo plazo, las ventanas torácicas (descritas por *Eloesser en 1935*), los lavados secuenciales de la cavidad (*Claggett y Geraci en 1963*), la instilación de fibrinolíticos (*Tiller, 1945*), el aporte nutricional y los antibióticos.
- B. La obliteración de la cavidad como tratamiento definitivo, evitando las recidivas, una vez que el paciente se encuentre en condiciones generales y nutricionales óptimas. En esta etapa se incluyen las toracoplastias y sus variantes (*Estlander en 1879; Scheide en 1890; Brauer-Friedrichen 1898; Tuffier en 1911; Semb en 1932; Alexander en 1937; Grow en 1946; etc.*). También la trasposición y relleno con colgajos musculares (*Konig y Hacker en 1898; Pairolero en 1990*) y los “plombajes” o rellenos con distintas sustancias (descrito inicialmente por *Tuffier en 1911* con aire y que fueron sucedidos por otras sustancias: previas al 1950, los aceites de parafina, oliva, gomenol, yodipina, lipiodol; en 1972 las esferas huecas de polimetilmetacrilato o “Lucite balls”;

en 1979 los implantes de *Silastic* y en 1990 las prótesis expansibles de *Silastic*).

Muchos de estos tratamientos agresivos y a veces mutilantes han sido abandonados debido a sus complicaciones o fracasos y otros son las bases de los tratamientos utilizados en nuestros días.

A pesar de la eclosión de los avances tecnológicos y terapéuticos acontecida en las últimas décadas en relación a las patologías torácicas, como las nuevas terapias para la fibrosis pulmonar y la EPOC, las alteraciones del sueño, el resurgimiento de la videotoracoscopia o los agentes quimioterápicos para el cáncer de pulmón, por ejemplo, han aparecido mínimos avances en los tratamientos de las cavidades plurales residuales.

Recientemente, hemos realizado una búsqueda sistemática de la literatura científica en inglés y castellano sobre este tema y encontramos que en los últimos 20 años, apenas un “puñado” de artículos se centra en este tema. Ninguno en castellano. Ninguno incluye ensayos clínicos y muy pocos hablan de alguna modificación o avance terapéutico.

Sin embargo, tal como lo demuestra *Genovés Crespo y cols.* en este mismo número, esta patología prevalece en nuestro medio y los tratamientos utilizados distan mucho de ser ideales desde el punto de vista individual y sanitario. Son poco eficientes, con tratamientos prolongados, con altos índices de re-hospitalizaciones, re-intervenciones, recidivas y fracasos.

Por todo esto, surgen las siguientes preguntas: *¿nos hemos olvidado de las cavidades pleurales residuales complicadas?; ¿se han dado por extinguidas estas patologías antes de tiempo? o acaso, ¿este tipo de pacientes, en su mayoría desahuciados y de bajos recursos, interesan poco a la industria farmacéutica y sanitaria?*

Sin encontrar respuesta a estas preguntas, considero esencial que se continúe investigando para conocer la prevalencia y características de estos pacientes y para desarrollar nuevos tratamientos más eficientes, necesarios para paliar estas dolencias.

Carlos A. Rombolá
Sº Cirugía Torácica. CHU Albacete