

BLOQUE 5:

---

# CIRUGÍA TORÁCICA

---

Capítulo 23:

## Neumotórax

Autores

**Paula Bravo Carmona** Cirugía Torácica. Hospital Quirónsalud (Málaga).

**María José Moyano Rodríguez** Cirugía Torácica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada).

**Roberto Mongil Poce** Cirugía Torácica. Hospital Regional Universitario de Málaga

## Definición

El neumotórax es el acúmulo de aire en la cavidad pleural, con colapso pulmonar subyacente. Puede clasificarse según su tamaño (parcial, completo, total), clínica (subclínico, sintomático, a tensión) y etiología (**Tabla 1**). La recidiva del neumotórax espontáneo primario (NEP) ocurre en alrededor del 30% de los casos, y la del neumotórax espontáneo secundario (NES) es más elevada<sup>1</sup>.

Tabla 1. Clasificación por etiología.

<p><b>Espontáneo (NE)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Primario</b> (NEP). Rotura de bullas o <i>blebs</i> subpleurales.</li> <li>• <b>Secundario</b> (NES) a patología pulmonar: EPOC, déficit de <math>\alpha 1</math>-antitripsina, fibrosis quística, histiocitosis, linfangioleiomiomatosis, infecciones pulmonares, neoplasias pulmonares primarias o metastásicas, sarcoidosis, enfermedades del tejido conectivo, bronquiolitis.</li> <li>• <b>Catamenial</b></li> </ul>	<p><b>Adquirido</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Traumático</b></li> <li>• <b>Iatrogénico:</b> Punción aspiración con aguja fina (PAAF), biopsia con aguja gruesa (BAG), toracocentesis, vía central, barotrauma, posquirúrgico.</li> </ul>
---	--

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

## Diagnóstico

Los síntomas característicos son dolor pleurítico, disnea y tos, y los signos típicos son la disminución o ausencia de murmullo vesicular y el timpanismo. La clínica no tiene relación directa con el tamaño del neumotórax, siendo los NES más sintomáticos generalmente. El neumotórax a tensión se presenta con inestabilidad respiratoria y/o hemodinámica, tratándose de una urgencia vital<sup>2,4</sup>.

La radiografía de tórax postero-anterior es la prueba de elección. Las guías actuales no recomiendan la proyección en espiración forzada<sup>1-3</sup>. La ecografía torácica no está indicada de rutina, siendo valiosa en pacientes con politraumatismo y en embarazadas. La tomografía computarizada torácica no se recomienda sistemáticamente; se indica ante dudas diagnósticas, complicaciones y/o patología pulmonar asociada, y para planificar los casos quirúrgicos<sup>1-4</sup>.

## Tratamiento

Los objetivos del tratamiento son la resolución del episodio y evitar recidivas futuras<sup>3</sup>.

Aunque hay controversias en el manejo del NEP, cada vez hay mayor tendencia a indicar un tratamiento inicial más conservador<sup>1-6</sup>.

El drenaje pleural es el tratamiento inicial para el neumotórax a tensión, NES sintomáticos, y cuando no hay resolución del neumotórax tras punción-aspiración o tras un tratamiento conservador.

Las guías recomiendan drenajes de fino calibre  $\leq 14$  Fr para NEP. Respecto al NES, no está claro el tipo de drenaje que se debe emplear<sup>1,2,4</sup>.

El abordaje recomendado es en el 4<sup>o</sup>-5<sup>o</sup> espacio intercostal en línea media axilar o en el 2<sup>o</sup> espacio intercostal en línea medio clavicular. La orientación del drenaje debe intentar ser hacia el vértice.

El uso de succión sigue siendo controvertido. Se recomienda inicialmente el drenaje con evacuación pasiva de aire y posteriormente iniciar la succión si no se consigue la reexpansión<sup>4</sup>. Para retirar el drenaje, hay que objetivar ausencia de fuga aérea durante 6-8 h y reexpansión pulmonar radiológica<sup>4,5</sup>.

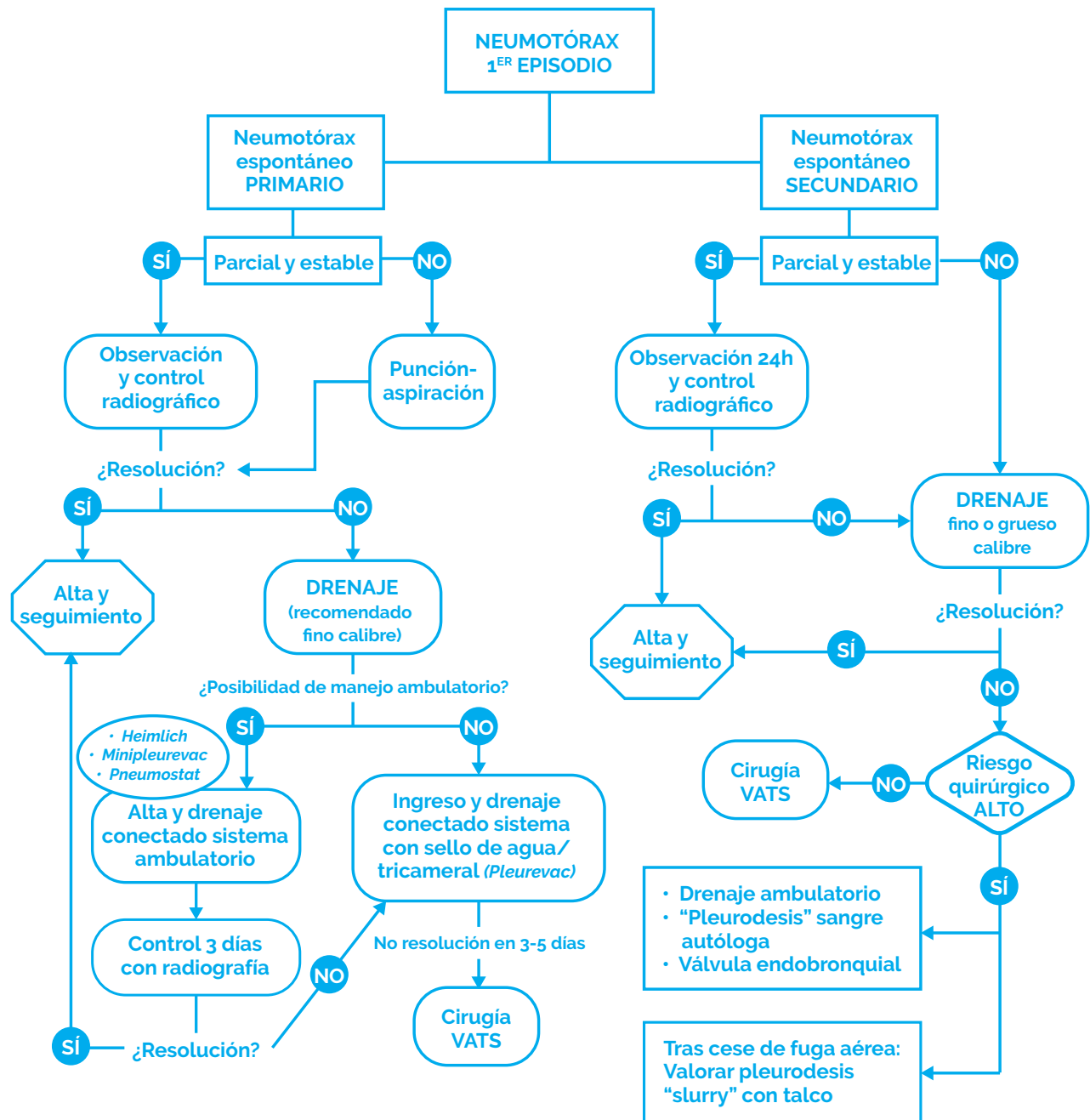
Las indicaciones de tratamiento quirúrgico del NE son<sup>1-4</sup>:

- Fuga aérea prolongada (>3-5 días) o imposibilidad de reexpansión pulmonar.
- Segundo episodio (ipsilateral o contralateral).
- NES.
- Episodio bilateral sincrónico.
- Hemoneumotórax o neumotórax a tensión.
- Profesiones de riesgo (personal de aerolíneas, buceadores).
- Petición del paciente.

La cirugía se basa en la identificación y resección de zonas bullosas, de elección mediante abordaje por videotoracoscopia (VATS), y asociar una técnica de pleurodesis para prevenir recidivas<sup>1-4</sup>.

El NES se asocia a una elevada morbimortalidad<sup>2</sup>, y en ocasiones estos pacientes no son subsidiarios de tratamiento quirúrgico. En NES no operables con fuga aérea persistente se puede valorar las opciones sugeridas en la **Figura 1**<sup>6</sup>.

Figura 1. Algoritmo tratamiento neumotórax espontáneo



VATS: videotoracoscopia.

Figura elaborada a partir de: Aguinagalde B, Aranda JL, Busca P, Martínez I, Royo I, Zabaleta J, et al. Guía de práctica clínica de la SECT sobre el manejo de pacientes con neumotórax espontáneo. Cir Esp. 2018; 96(1):3-11.

## Resumen



## RECORDAR QUE

- Se debe recomendar el abandono del hábito tabáquico (tanto cigarrillo como marihuana), al ser el único factor de riesgo reversible reconocido que reduce el riesgo de recidiva<sup>3</sup>.
- Tan importante es una buena técnica de inserción del drenaje como un buen manejo de este posteriormente.
- El neumotórax a tensión es una urgencia vital que precisa drenaje de forma inmediata.



## QUÉ NO HACER

- Nunca pinzar los drenajes para traslados de pacientes, y evitar acodamiento o desconexión de estos<sup>4</sup>.

1. Aguinagalde B, Aranda JL, Busca P, Martínez I, Royo I, Zabaleta J, *et al*. Guía de práctica clínica de la SECT sobre el manejo de pacientes con neumotórax espontáneo. *Cir Esp*. 2018; 96(1):3-11.
2. MacDuff A, Arnold A, Harvey J, Group BTSPDG. Management of spontaneous pneumothorax: British thoracic society pleural disease guideline 2010. *Thorax*. 2010;65(2):18-31.
3. Tschopp JM, Bintcliffe O, Astoul P, Canalis E, Driesen P, Janssen J, *et al*. ERS task force statement: diagnosis and treatment of primary spontaneous pneumothorax. *Eur Respir J*. 2015;46(2):321-335.
4. Jouneau S, Ricard JD, Seguin-Givelet A, *et al*. SPLF/SMFU/SRLF/SFAR/SFCTCV Guidelines for the management of patients with primary spontaneous pneumothorax. *Ann Intensive Care*. 2023;13 (1):88.
5. Brown SGA, Ball EL, Perrin K, Asha SE, Braithwaite I, Egerton-Warburton D, *et al*. Conservative versus interventional treatment for spontaneous pneumothorax. *N Engl J Med*. 2020;382(5):405-415.
6. Hallifax R, Janssen JP. Pneumothorax-Time for New Guidelines? *Semin Respir Crit Care Med*. 2019 Jun;40(3):314-322.