



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-024 - MANEJO DE FUGA AÉREA PROLONGADA CON INFUSIÓN INTRAPLEURAL DE PLASMA FRESCO. EXPERIENCIA EN LOS PRIMEROS 20 CASOS

Héctor Manuel Tovar Durán, Alejandro García Pérez, María Delgado Roel, Ricardo Fernández Prado, Ignacio Alfonso Sánchez Valenzuela, María Castiñeira Gamborino, Luis Fernández Vago, Eva Fiera Costa, Anna Minasyan y Mercedes de la Torre Bravos

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña.

Resumen

Objetivos: La fuga aérea prolongada debido a una fístula alveolo pleural es una complicación frecuente en nuestro medio. El manejo conservador sigue siendo un reto al que nos enfrentamos los servicios de cirugía torácica. En este estudio queremos evaluar la eficacia del plasma fresco congelado intrapleural y mostrar la experiencia de los primeros casos en nuestra unidad.

Métodos: Entre julio de 2023 y enero de 2024 presentamos 20 casos consecutivos de fuga aérea moderada-grave en nuestro servicio tratados con instilación intrapleural de plasma fresco congelado. Realizamos un estudio observacional retrospectivo sobre la efectividad de dicho tratamiento, para ello escogimos como criterios de inclusión la presencia de fuga aérea prolongada sin cambios o con cambios muy ligeros desde el inicio, enfisema S/C moderado-grave que no mejorara con al menos un drenaje torácico conectado a succión y que se tratara de una fístula alveolo pleural. Nuestra única variable de exclusión fue la presencia de compromiso bronquial. Para el análisis estadístico se empleó el programa Stata 14.0. El análisis univariante para establecer diferencias iniciales entre grupos con t Student para variables cuantitativas y χ^2 para variables categóricas.

Resultados: Las variables demográficas de nuestra serie se muestran en la tabla 1. Podemos destacar que la edad media de nuestros pacientes fue de 67 años, que el 90% de los mismos eran hombres, la media de días de fuga hasta la aplicación de plasma fue de 9 con un intervalo de 9 a 22, que el 80% eran pacientes EPOC y que el 50% de los casos fue posterior a lobectomías anatómicas. Tras la instilación de plasma 11 pacientes (55%) presentaron un cese de la fuga que permitió la retirada de DET y el alta hospitalaria sin dispositivos ambulatorios en las primeras 24 horas. En aquellos en los que la fuga no cesó (9 pacientes), un 44,4% presentaron mejoría de la fuga. Ninguno de los pacientes mostró complicaciones asociadas al procedimiento. En el análisis comparativo univariable (tabla 2) se evidencian diferencias significativas en la respuesta al plasma en aquellos pacientes que completaron las 2 dosis de tratamiento demostrando que en caso de tolerar el protocolo de infusión intrapleural la efectividad global alcanza el 79%. Pese a que no es estadísticamente significativo, las dos mujeres con fuga aérea persistente respondieron a la administración de plasma con cese de la fuga aérea. Así mismo la presencia de enfisema tiene una tendencia a una peor respuesta al tratamiento.

Tabla 1 – Características demográficas de los pacientes (n=20)

| | | |
|---|----------------|------------------|
| Edad (media±DS, min/max) | | 67.4± 2.68 33/82 |
| Sexo (n/%) | Hombres | 18(90%) |
| | Mujeres | 2(10%) |
| Días de fuga (media±DS, min/max) | | 8.75 ± 0.90 5/22 |
| EPOC (n/%) | No | 4 (20%) |
| | Si | 16 (80%) |
| Diabetes Mellitus (n/%) | No | 18 (90%) |
| | Si | 2(10%) |
| Tabaquismo Activo (n/%) | No | 11 (55%) |
| | Si | 9 (45%) |
| Tipo de resección (n/%) | Lobectomía | 10 (50%) |
| | Segmentectomía | 4 (20%) |
| | Cuña | 3 (15%) |
| | No resección | 3 (15%) |
| Corticoides (n/%) | No | 16 (80%) |
| | Si | 4 (20%) |
| Infecciones (n/%) | No | 15 (75%) |
| | Si | 5 (25%) |
| Neoadyuvancia (n/%) | No | 17 (85%) |
| | Si | 3(15%) |
| Presencia de enfisema (n/%) | No | 2(10%) |
| | Si | 18(90%) |
| Localización Anatómica de la resección (n/%) | LSD | 5(25%) |
| | LM | 2(10%) |
| | LSI | 5(25%) |
| | LID | 4(20%) |
| | LII | 1(5%) |

| | Cese | No cese | | P |
|--------------------------------|---|--|--|----------------|
| SEXO (N (%)) | H :(82%) M: (18%) | H:(100%) M:(0%) | | P=0,10 |
| EDAD | 65.8 (IC: 56.9- 74.7) | 69.93(IC:61- 77.5) | | P=0,52 |
| Tipo de resección | Segmentectomía:18% Lobectomía:55% Cuña:18% No resección:9% | Segmentectomía:22% Lobectomía:45% Cuña:11% No resección:22% | | P=0,83 |
| EPOC | Si:73% No:27% | Si:89% No:11% | | P=0,36 |
| Días de fuga previos al plasma | 8.81 (IC:5,7.9 -12) | 8,66 (IC:6- 11,3) | | P=0,93 |
| Postquimioterapia | NO:82% SI:18% | NO:89% SI:11% | | P=0,60 |
| Tabaquismo activo | SI :36% NO :64% | SI : 56% NO:44% | | P=0,39 |
| Reexpansión pulmonar completa | SI: 36% NO: 64% | SI:22% NO:78% | | P=0.49 |
| Diabetes Mellitus | SI: 18% NO:82% | SI: 0% NO:100% | | P=0,22 |
| Corticoides | SI:18% NO:82% | SI: 22% NO:78% | | P=0.82 |
| Infecciones previas | SI:10% NO:90% | SI:44% NO:56% | | P=0,05 |
| Presencia de enfisema sc | SI:78% NO: 18% | SI:100% NO:0% | | P=0,10 |
| Numero de dosis | 1:67% 2: 33% | 1:0% 2:100% | | P=0,005 |

Tabla 2.

Conclusiones: La infusión de PFC resulto ser un método seguro, simple, económico y efectivo para el manejo de la fuga aérea prolongada alcanzando hasta el 79% de los casos si se toleran la

aplicación de 2 dosis intrapleural. A pesar de lo anterior queda pendiente el que con muestras más grandes podamos elaborar indicaciones, así como identificar posibles factores de riesgo que se beneficien con una mejor respuesta al tratamiento.