



### **Retracción torácica en un paciente con un neumotórax espontáneo primario tras una pleurodesis química por videotoracoscopia**

**Sr. Director:** La cirugía videotoracoscópica (CVT) aplicada al tratamiento del neumotórax espontáneo (NE) persigue eliminar el sustrato lesional causante de la fuga aérea y añadir un sistema de pleurodesis para ayudar a reducir al mínimo la recidiva<sup>1</sup>. En nuestro servicio se viene empleando el yodo en solución hidroalcohólica como agente químico sinfisante en el tratamiento del NE primario (NEP) desde 1993. La única complicación postoperatoria tardía de significación observada había sido la recidiva del neumotórax (en un 6,2% de los casos intervenidos)<sup>2</sup>. Presentamos el primer caso en nuestra experiencia de retracción de un hemitórax tras CVT e instilación de un agente sinfisante químico –en este caso una solución hidroalcohólica de povidona yodada.



**Fig. 1.** En la tomografía computarizada torácica se objetiva la retracción del hemitórax izquierdo.

Varón de 17 años sin antecedentes patológicos de interés, que ingresó en el Servicio de Cirugía Torácica con el diagnóstico de NEP recidivante –tercer episodio– para tratamiento quirúrgico definitivo. Se llevó a cabo CVT mediante tres trocares; se inspeccionaron cuidadosamente la cavidad pleural y la superficie pulmonar sin hallar un sustrato lesional causante de la fuga aérea que pudiera researse. Se procedió a añadir un sistema de pleurodesis, en este caso 60 mg de una solución hidroalcohólica de povidona yodada que se instiló hasta conseguir una distribución uniforme en toda la cavidad y superficie pulmonar. El paciente tuvo un postoperatorio sin incidencias y en ningún momento presentó fugas aéreas. Fue dado de alta a los 5 días de la intervención con indicación de seguir fisioterapia respiratoria por presentar una imagen en la radiografía de tórax de control prealta compatible con un mínimo derrame pleural izquierdo. El seguimiento temprano fue correcto. A los 6 meses el paciente estaba clínicamente bien y con una radiografía de tórax aparentemente normal; sin embargo, refirió notar una deformidad en el hemitórax intervenido. En la exploración física se apreció una retracción del hemitórax izquierdo, siendo evidente una marcada asimetría con el lado derecho. Se solicitó la realización de una tomografía axial computarizada torácica (fig. 1), resonancia magnética torácica y estudio espirométrico. Los informes de la tomografía computarizada y la resonancia magnética coincidieron en informar de cambios postratamiento en la pleura izquierda pero sin paquipleuritis visible, una pequeña colección de derrame pleural izquierdo loculado, un pequeño infiltrado adyacente al área quirúrgica de aspecto cicatrizal y una marcada retracción del hemitórax izquierdo. No se apreciaban alteraciones musculares ni óseas de la pared torácica que pudieran justificar la retracción. La espirometría evidenció: capacidad vital forzada de 4,19 (86%) y volumen espiratorio forzado en el primer segundo de 3,79 l (92%). Se solicitaron baterías analíticas completas, incluidos los estudios de inmunología, siendo todo ello normal. Según la evolución y la información obtenida con los estudios complementarios se orientó el caso como una asimetría de la pared torácica como secuela del acto quirúrgico.

La CVT se incorporó al arsenal terapéutico del NE en 1990 y constituye actualmente el método de abordaje más utilizado<sup>3</sup>. La pleurodesis química se emplea en el tratamiento del NE desde 1906 y constituye una de las opciones de tratamiento<sup>4</sup>. El talco es la sustancia más utilizada<sup>5</sup>. En nuestro grupo empleamos como agente sinfisante una solución hidroalcohólica de povidona yodada en los pacientes diagnosticados de NEP que deben ser sometidos a tratamiento quirúrgico. En nuestra experiencia con esta técnica (9 años)<sup>2</sup>, no observamos ninguna complicación grave:

fugas aéreas persistentes mayores de 5 días (12,3%), fiebre autolimitada (6,1%), infección de la herida operatoria (2,4%) y recidivas en el seguimiento postoperatorio (6,1%). En el caso clínico presentado, un paciente joven diagnosticado de NEP recidivante y sin antecedentes patológicos de interés desarrolló una retracción torácica izquierda tras ser sometido a una pleurodesis química con una solución hidroalcohólica de povidona yodada por CVT. Cabría pensar en una paquipleuritis localizada como origen de la lesión, bien por una acumulación excesiva de sustancia sinfisante en la cavidad torácica, por una alteración en la composición de la solución o por una reacción idiosincrásica del paciente a la yodopovidona. Se constató que la composición y el volumen de la yodopovidona instilada en el hemitórax fueron los habituales, si bien el derrame pleural posquirúrgico podría haber contenido una cantidad excesiva de povidona yodada, que, acumulada focalmente, habría originado una paquipleuritis. Para descartar una reacción pleural idiosincrásica al agente sinfisante se solicitaron estudios analíticos inmunológicos, que fueron normales; tampoco se observó en los estudios de imagen un engrosamiento pleural de tal magnitud que justificara la retracción de la caja torácica. La pleurodesis química con hidropovidona yodada se emplea en nuestro servicio en pacientes jóvenes con NEP para crear unas adherencias pleurales más laxas que las obtenidas con el talco (sustancia que usamos en pacientes de mayor edad y con NE secundario), con el fin de no provocar una reacción granulomatosa tan consistente que dificulte una futura cirugía resectiva en ese pulmón y evitar los efectos secundarios del talco<sup>6</sup>. ¿Fue en este caso la pleurodesis tan intensa como para provocar una retracción de la caja torácica? No se aprecia una paquipleuritis tal que lo justifique. Por otro lado, los estudios analíticos practicados descartaron un proceso sistémico o una reacción alérgica idiosincrásica a la hidropovidona yodada. Este hecho no ha sido descrito con ningún método de sínfisis pleural anteriormente (incluido el talco) y constituye un hallazgo que hasta el momento no hemos podido explicar.

**J.J. Fibla Alfara, G. Gómez Sebastián y J.C. Penagos Tafur**

Servicio de Cirugía Torácica. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.

1. Freixenet J, Canalís E, Rivas JJ, Rodríguez de Castro F, Torres J, Gimferrer JM, et al. Surgical treatment of primary spontaneous pneumothorax with video-assisted thoracic surgery. *Eur Respir J* 1997;10:409-11.
2. Estrada G, Farina C, Fibla J, Gómez G, Unzueta MC, León C. Neumotórax espontáneo: sínfisis pleural con solución hidroalcohólica de povidona yodada. *Arch Bronconeumol* 2003;39:171-4.
3. Grupo de Trabajo de la SEPAR. Normativa sobre diagnóstico y tratamiento del neumotórax. *Arch Bronconeumol* 2002;38:589-95.
4. Rivas JJ, Cantó A, Moya J. Pleurodesis: indicaciones, técnicas y resultados. *Arch Bronconeumol* 1984;20:256-63.
5. Chan P, Clarke P, Daniel FJ, Knight SR, Seevanayagam S. Efficacy study of video assisted thoracoscopic surgery pleurodesis for spontaneous pneumothorax. *Ann Thorac Surg* 2001;71:452-4.
6. Krissman M, Pieper K, Muller KM. Pleural reaction pattern after talc pleurodesis. *Pathologie* 1998;19:214-20.