

TORACOSCOPIA

Dr. José Martín Juan, Dra. Beatriz Romero Romero

Unidad de Endoscopia Respiratoria.

Unidad Médico Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias.

HHUU Virgen del Rocío, Sevilla.

Consiste en explorar la cavidad pleural mediante instrumentos ópticos adecuados, que permiten tomar biopsias en diversas zonas pleurales y pulmonares. Para la toracoscopia convencional no se suele requerir más que una vía de entrada en la cavidad pleural. Con esta finalidad se suelen utilizar tanto los toracoscopios de 10 mm de diámetro, como los de 7 mm, que proporcionan prácticamente la misma rentabilidad.

TECNICA

Antes de realizar la exploración es necesario explicar al paciente en qué consiste la técnica y qué sensaciones puede experimentar durante la ejecución de las distintas maniobras. De este modo, la toracoscopia puede ser muy bien tolerada con anestesia local y moderado consumo de analgésicos por vía sistémica. Es importante valorar el estado general antes de indicar la exploración, prestando especial atención a la presencia de hipoproteinemia o debilidad extrema del paciente, edemas generalizados o infiltración de la pared del hemitórax a explorar, y además hay que valorar la presencia de tos intensa, ya que ésta puede dificultar mucho la exploración y favorecer la aparición de enfisema subcutáneo. Siempre se debe hacer un estudio de coagulación, requiriéndose un contaje de plaquetas superior a 60000 por mm^3 , además de los tests habituales de coagulabilidad.

1. Como premedicación se utiliza atropina 1 mg intramuscular y meperidina 25-50 mg intramuscular 30 minutos antes de la toracoscopia, a lo que se añaden otros 25-50 mg de meperidina intravenosa (diluida en 50 cc de

suelo fisiológico) inmediatamente antes del inicio de la prueba. La técnica siempre debe ser realizada en una sala con monitorización suficiente (monitor ECG y pulsioxímetro) y por personal con suficiente experiencia. Antes de la introducción del trócar es fundamental la asepsia del campo quirúrgico.

2. Posteriormente se procederá a la aplicación de la anestesia local de la zona con lidocaína o mepivacaína al 2% sin vasoconstrictor, utilizando 30 ml como cantidad promedio.
3. El paciente ha de estar monitorizado (ECG y pulsioxímetro), siempre con O_2 suplementario, y en decúbito lateral. La vía de entrada elegida dependerá de la localización radiológica de las lesiones pleurales (tratando siempre de eludir la mama), pero la más usual es a nivel del 5º-6º espacio intercostal, a nivel de la línea axilar anterior, media o posterior. Seguidamente a la introducción del trócar se procede a la evacuación del líquido pleural de forma intermitente para dejar pasar aire pasivamente al interior de la cavidad pleural y así conseguir el colapso pulmonar. En ningún caso se deben aplicar presiones positivas (superiores a la atmosférica) en el interior de la cavidad pleural.
4. Tras el examen visual, la toma de biopsias de las zonas sospechosas y la evacuación de todo el líquido pleural, se procede (si es el caso) a la instilación del agente sinfisante correspondiente, según técnica que comentaremos después.
5. Finalizada la exploración, se coloca un tubo de drenaje endopleural de grueso calibre (24-28 Fr), al que se le aplican unos orificios laterales suplementarios para facilitar la

evacuación del líquido que posteriormente se formase. En un principio se deja el sistema de drenaje en sistema subacuático sin aspiración y después de tres horas se empieza a aplicar succión progresiva hasta alcanzar una presión negativa de unos 20 cm de H₂O (como promedio). Para evitar una reexpansión pulmonar completa demasiado rápi-

da, y así la existencia de fuga aérea, se incrementa la presión cuidadosamente (5-10 cm de H₂O) cada 3 horas hasta alcanzar la presión negativa de 20 cm de H₂O. El drenaje se mantiene hasta que se consigue la reexpansión pulmonar completa y el volumen de líquido drenado es menor a 100 cc/día.
