COMPLICACIONES PULMONARES NO INFECCIOSAS INMEDIATAS EN EL TRASPLANTE ORTOTOPICO DE HIGADO.

M.L. Sánchez Osuna, L.M. Entrenas Costa, J.M. Vaquero JM Bravo, T. R. Sánchez Simón-, R. Lama, A. Cosano . Servicio Neumología. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

OBJETIVOS:

Conocer la incidencia y tipo de las complicaciones pulmonares en los 30 días siguientes al trasplante ortotópico de hígado (TxH).

METODOLOGIA:

Revisión retrospectiva de 173 TxH, 109 varones (edad media 42.8 ± 11.6) y 64 mujeres (edad media 42.8 ± 13.9). Tiempo medio de seguimiento 19.9 ± 11.5 meses y 135/173 supervivientes. Se valoraron variables: a) preTxH: función pulmonar, Rx de tórax; b) intraTxH: tiempo isquemia, intervención, intubación, volumen transfundido y estancia en UCI; c) postTxH: complicación, episodios por paciente y día de aparición (siempre antes del día +30 postTxH).

RESULTADOS:

Espirometría (n= 120): normal=86; obstrucción= 16; restricción=13; mixto=6. PaO_2: 98.7 ± 17.2 mmHg; $PaCO_2$: 29.9 ± 6.8 mmHg; %DLCOsb: 83.9 ± 22.3 del teórico. Isquemia: 605.5 ± 218.1 min. Intervención: 439.2 ± 144.1 min. Intubación: 51.6

± 73.1 h. Volumen infundido: 10449.8 ± 5651.5 ml. Estancia UCI: 16.7 ± 18 días. En 146/173 casos (86%) hubo alguna complicación:

Los 106 casos con derrame tuvieron 140 episodios (116 dchos, 11 izdos y 13 bilaterales). Sólo 31 precisaron actuación diagnóstico-terapéutica (19 toracocentesis, 12 drenajes). Diagnósticos: trasudado 12; exudado 10; hemorrágico 8, empiema 1.

Tipo	n	episodios	dia
Edema Pulmonar	47	1.1±0.4	11.5±31.4
Atelectasia	96	1.6±0.9	8.0±12.0
T.E.P.	1	1.0±0.0	0.0
Derrame Pleural	106	1.4±0.6	20.1±45.8
S.D.R.A.	18	1.2±0.4	8.6±10.4
Hemorragia Pulmonar	4	1.0±0.0	26.0±36.0
Disfunción diafragma	5	1.0±0.0	10.8±8.6

Sólo un tiempo de intervención mayor de 5 horas ($p<0.05$) y tiempo de intubación mayor de 24 horas ($p<0.05$) se relacionaron con la presencia de complicaciones.

CONCLUSIONES:

a) El 86% de los TxH tienen alguna complicación no infecciosa. b) La más frecuente es el derrame, que suele ser derecho y trasudado, no precisando actuación terapéutica alguna. c) Los únicos factores relacionados con las complicaciones son tiempo de intervención > 5 h. e intubación > 24 h.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

C. Pagés Navarrete, J.L. Fernández Bermúdez, R. Arrabal Sánchez, A. Benítez Domenech, A. Fernández de Rota Avecilla.
Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Regional "Carlos Haya". Málaga.

OBJETIVOS:

Estudiamos las complicaciones y la mortalidad postquirúrgicas así como las variables que pueden influir sobre las mismas: clínica, diagnóstico, factores de riesgo, tipo de intervención y tratamiento realizado.

METODOLOGIA:

Analizamos retrospectivamente las complicaciones postoperatorias entre 1/01/91 y 30/11/95. El número total de intervenciones fue de 875, teniendo una incidencia de complicaciones del 14.5% (114 varones y 13 mujeres), con una media (m) de edad 58.7 años (desviación estándard (d.s.) 12.5) y una mortalidad del 3%. Los criterios de clasificación utilizados fueron los del protocolo del grupo cooperativo de registro del carcinoma broncogénico de la SEPAR, aplicados a todos los pacientes independientemente de su patología. El análisis fue realizado mediante métodos estadísticos descriptivos y procedimientos de inferencia estadística: test de Chikike15, Mantel-Haenszel, Fisher, Yates...

RESULTADOS:

La insuficiencia respiratoria fue la complicación más frecuente 26.7%, seguida de las cardíacas 14.9%, fístulas bronquiales 14.17%, sangrado 11.02%, empiemas 10.23%, y pérdidas aéreas >7 días 7.87%. La insuficiencia respiratoria tuvo una etiología infecciosa en el 47%, por tromboembolismo (5.8%), por fístulas (11.7%), idiopáticas (35.3%). La incidencia por tipo de cirugía fue del 5.12% de neumonectomías, 4.74% de lobectomías y 1.66% en el resto. Supuso una estancia media de 29.8 días (d.s.20.9) y una mortalidad del 1.02%. Las fístulas bronquiales aparecieron en un 22% de neumonectomías dchas., 4.2% en izdas. y en un 2.2% de lobectomías. Fueron reintervenidas un 61 % de las mismas (todas las neumonectomías [(9)] y 2 lobectomías) realizándose sutura+toracostomía en el 81% y sólo sutura en el 19%, con una mortalidad del 45%, siendo la mortalidad global por fístulas del 0.9 1 % y una estancia m. 47.5 (d.s.39.9). Las complicaciones cardíacas fueron arritmias en el 68.4%, insuficiencia cardíaca 21 % e infarto en el 10%. Por intervenciones, la neumonectomía presentó un 5.12%, la lobectomía 4.1 %, y el resto 0.41 %. La mortalidad fue del 0.68% y la estancia m.20.2 (d.s.9.12). El sangrado postoperatorio apareció en un 6.4% de neumonectomías, 2.5% de lobectomías y 0.20% en el resto. Fue necesario reintervenir al 42.8% y el 57.1% se resolvió con transfusión. Presentando una estancia m. de 20 días (d.s. 13.9), un volumen m. de sangrado: 2304 ml (d.s. 1483) y una mortalidad del 0.45%. El 3.8% de neumonectomías, y el 1.8% de lobectomías presentaron empiema, estando asociado a fístula en un 46%. Se reintervinieron el 61% (5 toracostomías y 3 empiemectomías). La mortalidad fue en todos los casos asociada a fístula, y la estancia m. fue de 38.5 (d.s.24). Las pérdidas aéreas aparecieron en un 1.58% de lobectomías y en un 1% del resto de intervenciones. La duración m. fue de 12.2 días (d.s.4.23) y la estancia m. 29.8 dias (d.s.22.28).

Analizando factores de riesgo encontramos una mayor incidencia de complicaciones respiratorias en los EPOC (P=0.03,OR=2.3); también aparece esta relación entre antecedentes cardiológicos y complicaciones cardíacas (P=0.0003,OR=7.5). No existiendo diferencias significativas entre fumadores y no fumadores (P=0.95,OR=1). Tampoco aparecen diferencias entre cirujanos y fístulas bronquiales (P=0.88,OR=1).

CONCLUSIONES:

Las complicaciones postoperatorias en cirugía toráciea constituyen un serio problema en cuanto a mortalidad, calidad de vida y estancia hospitalaria. Una historia clínica exhaustiva puede ayudarnos a preverlas y a plantear una terapéutica precoz.

FISTULA BRONCOPLEURAL EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CANCER DE PULMON.

E. Martín Díaz, A. Arnau Obrer, A. Cantó Armengod.
Servicio de Cirugía Torácica. Hospital General Universitario de Valencia.

INTRODUCCION:

La presencia de una fístula broncopleural (FBP) es una de las complicaciones más graves en los pacientes sometidos a cirugía de exéresis pulmonar. La mortalidad varía del 16.4% al 71.2%. En la década de los 60 la incidencia de FBP era del 28%. En la actualidad con la aplicación de suturas mecánicas y otros avances técnicos asistimos a un descenso importante de su incidencia con tasas entre 1.7 y 10%.

OBJETIVOS:

Determinar la incidencia de FBP en pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón e intervenidos quirúrgicamente en nuestro medio. Analizar los factores asociados a su presentación y valorar los resultados obtenidos según la técnica de tratamiento aplicado.

MATERIAL Y METODOS:

Veintiún pacientes (5.1%) fueron diagnosticados de fístula broncopleural postoperatoria de un total de 408 intervenidos de carcinoma de pulmón desde febrero de 1990 a noviembre de 1995. La edad media de 60.7 años, con un rango de 54 años $^{(26\text{-}80)}$. El tratamiento inicial fue el drenaje pleural. Se siguió de lavados pleurales con povidona iodada, toracostomía (Clagett) y/o toracotomía con cierre del muñón bronquial mediante injerto con músculo intercostal, toracoplastia con drenaje o embolización endobronquial. En el estudio de las variables cualitativas utilizamos el método de X^2 y la supervivencia con el método de Kaplan Meier.

RESULTADOS:

La neumonectomía derecha, afectación del bronquio de resección, tratamiento neo y adyuvante con radioterapia, dieron significación estadística ($p<0.05$). Fallecieron 8 pacientes (42%) en el postoperatorio inmediato (en los 30 primeros días de la intervención). La mediana de supervivencia fue de dos años y 3 meses.

CONCLUSIONES:

Se ha de tener presente la FBP como complicación grave en la exéresis pulmonar en pacientes con cáncer de pulmón. Han de tomarse todas las medidas médico-quirúrgicas a nuestro alcance para que no aparezca.

Su presencia es mayor en pacientes de edad avanzada (>70 años), neumonectomía derecha, infiltración del bronquio de resección, N_2, radioterapia y Karnofsky bajo.

PREDICCION DEL FEV_1 POSTOPERATORIO MEDIANTE GAMMAGRAFIA PULMONAR DE PERFUSION CON RECUENTO DIFERENCIAL.

MT. Gómez Vizcaíno, I. Rodríguez Blanco, P. Cordero Montero, R. Iñigo Naranjo, JI. Rayo Madrid, FL. Márquez Pérez.
Sección de Neumología y S. Medicina Nuclear. Hospital Regional Universitario Infanta Cristina. Badajoz.

OBJETIVOS:

Conocer el valor en nuestro medio de la garnmagrafía pulmonar de perfusión, en el cálculo de la pérdida de función pulmonar tras la realización de lobectomías.

METODOS:

Estudio prospectivo en el que se analizaron los valores de FEV_1 pre-quirúrgicos o reales (FEV,1-r), FEV_1 calculados (FEV_1-c) y FEV_1 post-cirugía (FEV_1-p) de 15 enfermos sometidos a sendas lobectomías. El cálculo del FEV_1 postoperatorio, se hizo en base a fórmulas ya descritas en la literatura, utilizando gammagrafía pulmonar de perfusión cuantitativa: la de Wernly y la de Ali. Todos los pacientes fueron sometidos a espirometría de control transcurridos al menos 2 meses desde la intervención quirúrgica.

RESULTADOS:

La edad media de nuestros pacientes fue de 65,5 ± 8,4 años; de ellos 14 eran varones y en 13 casos se realizó la resección por patología pulmonar tumoral maligna. Todos ellos presentaban un FEV_1 real superior a 1 litro, con una media de 2057,33 ± 430,7 ml. Hemos encontrado correlaciones significativas y muy aceptables entre el FEV_1-c y el FEV_1-p, tanto con el método de Wernly (r=0,86), como el de Ali (r=0,88); así mismo, la correlación de estos métodos entre sí es excelente (r=0,97). La concordancia entre los FEV_1-c y FEV_1-p, y de los dos tipos de FEV_1-c, es buena y aceptable con fines clínicos.

CONCLUSIONES:

La predicción de la función residual postlobectomía puede hacerse con bastante fiabilidad tanto utilizando la garnmagrafía pulmonar de difusión, como calculando la contribución teórica del lóbulo resecado a la aceptable de la pérdida funcional, en centros donde no se disponga de la infraestructura necesaria para hacer estudios isotópicos.

PREDICCION DE COMPLICACIONES DESPUES DE RESECCION PULMONAR

M. Bengoa, Mª.D. Sebastián, A. Valencia, J. Torres, A. López-Cozar
Hospital Regional Carlos Haya Servicio de Neumología

La resección pulmonar por cáncer está asociada a elevada morbilidad y mortalidad. Numerosos estudios han sido utilizados para predecir complicaciones postresección pulmonar.

OBJETIVOS:

El objetivo de este estudio fue valorar un índice de Riesgo Cardiopulmonar (CPRI) y el test de ejercicio preoperatorio como posibles factores predictivos de complicaciones postquirúrgicas.

MATERIAL Y METODOS:

Fueron estudiados 62 pacientes, 50 hombres, 12 mujeres, la edad media fue de 58±11 años. Eran fumadores 53/62 (82.2%) con una media de 51.5 paquetes/ año (42 mujeres y 60.2 los hombres). A todos se les realizó historia clínica, análisis hematológicos y bioquímicos, radiografías y TAC de tórax, pruebas funcionales respiratorias (PFR), difusión pulmonar y test de ejercicio. El equipo utilizado fue de Médica Graphics Corporation). El test de ejercicio triangular se realizó en bicicleta ergométrica. Se midieron Watios (W) Consumo de Oxígeno (VO_2), Frecuencia cardíaca (Fe) y Minuto Ventilatorio (VE) cada 30 segundos de ejercicio. Con nueve variables clínicas se crearon índices de riesgo cardíaco (CRI) pulmonar (PRI) y cardiopulmonar (CPRI). CPRI=CRI+PRI. El score del CPRI osciló entre 1-10 puntos. Se utilizó un corte a CPRI 4 como factor predictivo de complicaciones. Se valoraron las complicaciones clínicas (CC) dentro de los 30 días postcirugía.

Pruebas Funcionales Preoperatorias en 62 pacientes con Toracotomía

Datos	Totales	Complicados	No complicados	Valor de P
Edad años	58±11	61.3±10.2	57.5±11.3	0.2
FVC,L	3.2±0.7	3.15±0.4	3.20±0.8	0.7
FEV,L	2.2±0.5	2.18±0.4	2.24±0.6	0.9
FEV1%T	74.5±17.5	74.7±17.2	74.5±17.8	0.9
FEV, IFVC	70.8±10.1	69.2±11	77.4±9.5	0.5
DLcoSB%T	101.3±33.4	102±24.8	101±35.4	0.9
$Pa0_2$mmHg	71.5±33	76±29	69.7±34	0.5
$PaC0_2$mmH	31±14.6	36.6±4	37.5±4.0	0.5

Test de esfuerzo preparatorio

Datos	Totales	Complicados	No complicados	V.P
Nº Paciente	62	18(29%)	44(71%)	
Watios (W)	99.8±34.9	95.3±25.5	101.6±38.2	0.5
$W0_2$máxL	1.16±0.34	1.14±0.24	1.16±0.37	0.7
$V0_2$ml/kg/min	17.3±4.5	17.9±3.5	17.1±4.9	0.5
$V0_2$ml/m^2/min	663±164	673±129	659±177	0.7
VEmaxL/min	49.4±12	47.6±10	50.1±13	0.5
FCmax%T	86.4±9.1	85.7±8.2	88.2±11.3	0.3
$V0_2$/FC	8.4±2.3	8.3±1.8	8.4±2.5	0.9
VEmax/$V0_2$max	49.4±12	47.6±10.5	44.3±9.2	0.5
$V0_2$1L/min	20/62	4/18	16/44	0.2

RESULTADOS:

Los datos de PFR y Test de ejercicio están en las tablas 1 y 2.

TABLA No se apreciaron diferencias significativas entre los datos de PFR y Test de ejercicio entre pacientes complicados y no complicados. Los índices CRI, PRI y CPRI mostraron una tendencia a ser más elevados en los pacientes complicados vs no complicados. El PRI versus

C. pulmonares fue significativo p=0.04. El análisis univariante de CPR14 versus CC mostró datos significativos con las C. cardíacas p=0.04 y pulmonares p=0.02. El VO_2<1 L/min versus C pulmonares fue significativo con p=0.03

CONCLUSIONES:

Los índices CPRI y VO_2<1 L/min pueden ser eficaces en la predicción de complicaciones. Nuestros pacientes no estaban muy afectados clínicamente, sólo 6 casos tenían un CPRIL 4 y ésta puede ser la diferencia con estudios previos.

CIRUGIA VIDEOASISTIDA.UTILIDAD Y EXERESIS PULMONARES EN EL CARCINOMA BRONCOGENO.

F. García Díaz, R. Jiménez Merchán, JC. Girón Arjona, C. Arenas Linares, J. Loscertales.
Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Se pretende comprobar la viabilidad de la cirugía videotoracoscópica en el diagnóstico y terapéutica del cáncer de pulmón, valorando sus posibles ventajas sobre la cirugía abierta.

Se practicó videotoracoscopia a 190 pacientes afectos de cáncer de pulmón describiéndose los criterios de selección de pacientes, la técnica para las distintas resecciones y el curso postoperatorio.

De los 190 pacientes intervenidos, 131 pasaron a cirugía abierta tras estadiaje, 18 casos fueron considerados irresecables mediante la exploración videotoracoscópica, 3 casos precisaron toracotomía exploradora y en 38 casos la resección pulmonar se practicó mediante cirugía videotoracoscópica: 7 tumorectomías, 11 neumonectomías, 3 bilobectomías y 17 lobectomías. La estancia media fue de 48 horas para las videotoracoscopias exploradoras y de 6,8 días para las resecciones regladas. La mortalidad perioperatoria fue de 2 casos (5.2%).

Se consideran las indicaciones de la cirugía videotoracoscópica en el cáncer de pulmón: estadiaje final, valoración de la resecabilidad, biopsias de nódulos y exéresis en cuña y regladas con linfadenectomía mediastínica. Así mismo se valoran sus ventajas como son el menor dolor, mejor resultado estético, menor estancia hospitalaria y menor depresión inmunológica.

PULMON TRASPLANTADO. ESTUDIO PERIOPERATORIO.

F. Cerezo Madueño, A. Alvarez Kindelán, R. Sánchez Simón-Ralero*, R. Lama Martínez*, LA. Perula De Torres**, E Mayordomo Riera***, C. Baamonde Laborda, A. Salvatierra Velázquez, FJ. López Pujol. Servicio de Cirugía Torácica; Servicio de Neumología*; Unidad Docente Medicina Fam. y Com.**; Servicio Rehabilitación. Hospital Uuniversitario "Reina Sofia" de Córdoba

OBJETIVOS:

Hemos estudiado retrospectivamente nuestra experiencia en Trasplante Pulmonar (TxP) durante el período perioperatorio (ingreso hospitalario--30 días postoperatorio). Desde octubre 93- octubre 95, 20 enfermos fueron trasplantados: 18 hombres, 2 mujeres; Edad media 45 años (21-64); Enfermedad respiratoria (9 Fibrosis pulmonar idiopática, 8 EPOC, 2 Bronquiectasias difusas, 1 Fibrosis quística); 17 TxP Unilaterales, 3 TxP Bilaterales. Los criterios principales en la selección de Donantes fueron: IO_2 mayor de 300(FiO_2=1, PEEP=5 cm. H_2O); no secreciones purulentas en broncoscopia y radiografía de tórax sin patología.

METODOLOGIA:

Se han seleccionado 32 variables (29 del receptor, 3 del donante), para estudio estadístico básico y exploratorio (test Chi^2 , test Fischer, comparación medias dependientes e independientes, test de correlación). Se desestimaron estudios multivariable por falta de potencia en la muestra.

RESULTADOS:

Complicaciones intraoperatorias 4(20%). Rechazo Agudo (RA) demostrado histológicamente 8(40%). Infecciones respiratorias 17(85%). Otras complicaciones postoperatorias 12(63%). Estancia media hospitalaria 28 días(15-54). Mortalidad l(5%). Han resultado estadísticamente significativos: Relación entre RA y FVC% postoperatoria (post) (Media 63.5 en no RA, 52.7 en si RA); aumento significativo en los valores post TxP de la PO_2(FiO_2 0.21) (82.3 post frente a 52.4 preTxP); FVC% (58.6 frente a 47.8); FEV_1 (57.3 frente a 33.6) y Perfusión% pulmón trasplantado (74.6 frente a 44.9).

CONCLUSIONES:

1. En nuestro estudio la realización de TxP en enfermos con insuficiencia respiratoria en fase terminal ha resultado una opción terapéutica adecuada: mejorando significativamente la función respiratoria postTxP (estimada por los valores de PO_2, FVC%, FEV_1% y Perfusión% pre y postTxP) y baja mortalidad postoperatoria (5%).
2. La función respiratoria postTxP ha resultado peor en los enfermos que han sufrido RA (FVC% 52.7) frente a los que no (FVC% 63.5).

ANALGESIA EPIDURAL EN EL DOLOR POSTORACOTOMIA.

A.I. Blanco Orozco., A.Gutiérrez Crespo, J.C. De Luis, H.Romero, M.Torres Cansino.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. Servicios de Cirugía Torácica y Anestesiología y Reanimación.

El dolor postoracotomía es uno de los factores más importantes a considerar en la recuperación funcional del paciente en cirugía torácica. La toracotomía es una de las incisiones más dolorosas, siendo mal tolerada por el paciente, aumentado la morbilidad postoperatoria y la estancia hospitalaria. La analgesia epidural ofrece una buena alternativa en la reducción del dolor postoperatorio respecto a las formas clásicas de analgesia.

Desde febrero de 1995 hemos empezado a utilizar este tipo de analgesia en algunos enfermos que han sido toracotomizados, independientemente de su patología, sexo o edad, para determinar ventajas e inconvenientes. Se utiliza un catéter tipo Perifix nº 16 o 18, que se coloca vía epidural a nivel torácico en función de la incisión, preoperatoriamente. Han sido 21 pacientes, 16 hombres y 5 mujeres, con edades comprendidas entre los 26 y 75 años, con una media de 59,3 años. Los procesos a intervenir fueron: 15 carcinomas broncopulmonares, 2 empiemas, 2 neumotórax, 1 bronquiectasia y 1 tumoración quística diafragmática, 2 resecciones atípicas, 2 toracotomías de limpieza, 1 toracotomía exploradora, 2 resecciones de bullas y pleurodesis, 1 biopsia pulmonar, 1 exéresis de tumoración diafragmática.

Intraoperatoriamente se han utilizado de 8 a 10 ml de una solución compuesta por Bupivacaína 0.25% y 150 microgramos de Fentanilo, no necesitando mórfico parenteral para la analgesia. Esto ha permitido incluso la extubación en el quirófano de 4 pacientes. La incidencia más frecuente ha sido la hipotensión moderada en 7 (33%) casos, que en la mayoría de ellos fue resuelta con volumen más efedrina.

Postoperatoriamente se administró a través de catéter, una solución de Bupivacaína 0.5% 20 cc., 1 mg. de Cloruro mórfico y 50 cc de suero fisiológico, en forma de bolos en la mayoría de los enfermos, o en infusión continua en 2 de ellos, desde el inicio de la intervención. Intraoperatoriamente la dosis inicial administrada en bolos ha sido de 6-8 ml/6-8 h la dosis media en los días sucesivos fue de 6-8 ml/8 h, aumentando o disminuyendo a demanda según la escala de dolor valorado por el propio paciente, con un máximo de 9 ml/8 h y un mínimo de 6 ml/ 12 h, habitualmente a partir del tercer día postoperatorio.

El catéter se mantuvo durante 5-7 días, tiempo considerado para finalizar el tratamiento analgésico. En 3 casos hubo salida accidental, en otro se retiró al 2º día por ineficacia del mismo, y en otro al 4º por efectos secundarios. Entre estos efectos atribuibles a la analgesia epidural, los más frecuentes han sido las náuseas y vómitos en 7 (32%) pacientes, con dosis alrededor de los 6 ml/8 h, sin relación con el día postoperatorio, y con una duración media de 1,5 días, resolviéndose con tratamiento antiemético. Sólo en un paciente fue motivo de retirada del catéter. El prurito es el segundo en frecuencia, en 4 (18%) casos, en tres de ellos al tercer día de tratamiento sin relación con la dosis. La retención urinaria se produjo en 2 (9%) varones, sin relación con la edad y resuelto con sondaje vesical durante la duración del tratamiento, sin sobrepasar los tres días. La sedación excesiva ocurrió en 2 (9%) pacientes, en uno con una dosis mantenida desde el primer día, apareciendo el efecto al tercero, pero con tratamiento ansiolítico extra y que requirió Anexate para su reversión, y en el segundo durante el 20-30 día sin precisar tratamiento alguno. En una mujer de 70 años se observó desorientación durante su estancia en UCI, con una dosis de analgesia no excesivamente alta (7 ml/12 h), no pudiéndose atribuir claramente a la analgesia epidural, y resolviéndose tras su regreso a planta. Tampoco atribuible al catéter la fiebre en el postoperatorio de dos enfermos, uno VIH con un empiema y otro que desarrolló una fístula broncopleural postneumectomía.

La valoración del grado de confort analgésico se realizó mediante una escala de valor del 1 al 10 según el dolor (de nada a intenso), por medio de una encuesta oral con el paciente, cada día desde el momento del destete, que ocurrió normalmente en menos de 24 horas (en un enfermo no pudo valorarse de este todo por intubación prolongada y posterior exitus). En general, todos puntuaron por debajo de 5 y sólo uno puntuó 6 al cuarto día coincidiendo con la disminución de la dosis. 7 (32%) puntuaron 4-5 el primer día postoperatorio, y 7 (32%) 2 al segundo día. El resto, prácticamente no tuvo dolor (puntuación 0-1). Según esta valoración, algunos pacientes recibieron dosis de analgésicos extra: 6 (27%) AINE de forma muy ocasional (una o dos dosis), 3 (13%) AINE pautado durante el primer día (tres dosis), 4 (18%) mórfico ocasional durante el primer día y 1 (4.5%)AINE más mórfico (en este paciente se retiró el catéter por ineficacia). Sólo 8 (36%) enfermos no recibieron ningún tipo de analgesia complementaria.

No existieron complicaciones derivadas de la inserción del catéter.

Por todo ello concluimos: 1.- La técnica de colocación del catéter y administración de la analgesia no resulta complicada en personal entrenado; 2.- En algunos enfermos permite una extubación precoz; 3.- Consigue individualizar las necesidades analgésicas para cada paciente; 4.-Ofrece un buen confort postoperatorio con dosis bajas de analgésicos y como consecuencia una pronta y mejor recuperación del enfermo. 5.-Un 68% no requiere prácticamente otro tipo de analgesia complementaria.

FIBROBRONCOSCOPIA EN EL TRASPLANTE PULMONAR.

R. Sánchez, R. Lama, ML Sánchez, E Cerezo*, L. Muñoz, A. Salvatierra*, A. Cosano, J. López Pujol*. Servicio de Neumología y Servicio de Cirugía Torácica* del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.

INTRODUCCION:

La fibrobroncoscopia (FBC) ha demostrado su valor en el diagnóstico diferencial del rechazo agudo (RA) e infección en el manejo de receptores del trasplante pulmonar (TXP).

OBJETIVOS:

1.- Conocer las indicaciones y resultados de las FBC realizadas en pacientes sometidos a TXP.

2.- Valorar la necesidad o no de la FBC de rutina y vigilancia en estos pacientes.

MATERIAL Y METODOS:

Desde octubre de 1993 a diciembre de 1995 hemos revisado retrospectivamente las FBC realizadas en 20 pacientes sometidos a TXP, 17 unipulmonares y 3 bipulmonares. Las FBC incluían la realización de lavado broncoalveolar, biopsia transbronquial y toma de broncoaspirado. Las muestras se remitían a estudio anatomopatológico y microbiología.

La clasificación de RA siguió la nomenclatura establecida en la reunión de la Intemational Society of Heart Transplantation en Stanford.

RESULTADOS:

Se realizaron 123 FBC, 75 por indicación clínica (IC) (61%), 42 de rutina (R) (34%) y 6 de seguimiento (S) (5%).

La positividad alcanzó el 90% en las realizadas por la clínica, el 83% en las de seguimiento y el 45% en las de rutina. Los diagnósticos obtenidos en los distintos procedimientos fueron:

- En las FBC de IC, rechazo+infección 30 (40%); rechazo 17 (23%); infección 16 (21%); no específica 8 (11%); no rechazo ni infección 4 (5%).
- En las FBC de R, rechazo+infección 3 (7%); rechazo 4 (9,5%); infección 11 (26%); no específica 1 (2,3%) y no rechazo ni infección 23 (55%).
- En la FBC de S, rechazo+infección 1 (16%); rechazo 1 (16%); infección 3 (50%) y no rechazo ni infección 1 (16%). Los episodios de RA más importantes se diagnosticaron en las FBC realizadas por IC: 6 RA moderados (grado 111) y un RA severo (grado IV). La etiología de las infecciones fue en un 52% bacteriana, vírica en un 25%, fúngica en 18% y otras en un 4%. Las complicaciones más significativas fueron la hemorragia en un 2,4% y neumotórax en un 2,4%.

CONCLUSIONES:

1. Un seguimiento clínico exhaustivo permitirá indicar FBC ante la sospecha de rechazo agudo o infección.
2. La FBC de rutina no parece ser necesaria en el postTXP dado el bajo grado de episodios de rechazo diagnosticados en éstas.
3. Con las FBC no hemos obtenido confirmación histológica de ninguna bronquiolitis obliterante.

COMPLICACIONES ABDOMINALES TRAS TRASPLANTE PULMONAR

R. Sánchez, R. Lama, E Cerezo*, ML. Sánchez, JM. Vaquero, A. Salvatierra*, A. Cosano, J. López Pujol*.
Servicio de Neumología y Servicio de Cirugía Torácica* del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.

OBJETIVOS:

Conocer la serie y características de las complicaciones abdominales en nuestro grupo de pacientes sometidos a trasplante pulmonar (TXP).

MATERIAL Y METODOS:

En el período comprendido desde octubre de 1993 a diciembre de 1995 se siguió la evolución en 21 pacientes sometidos a TXP, 18 unipulmonares y 3 bipulmonares y revisamos las complicaciones abdominales tras dicho procedimiento. El protocolo de estudio digestivo pretrasplante incluía historia clínica, analítica y ecografía abdominal; que se completaba con otras técnicas en caso de detectarse patología a este nivel.

RESULTADOS:

Del total de pacientes seis (28%) tuvieron 12 complicaciones abdominales hubo 4 complicaciones tempranas (<30 días postTXP): ileo paralítico prolongado [2], hiperamilasemia [1] y hemorragia digestiva por ulcus duodenal [1]. Las 8 restantes fueron tardías (rango de 47 días a 19 meses postTXP): gastroenteritis aguda por Salmonella [2], hepatitis colestásica [1], abscesos hepáticos [1], colecistitis alitiásica [1], hiperamilasemia [1], íleo obstructivo [1] y peritonitis [1].

Se emplearon 14 procedimientos en el manejo de estas complicaciones que incluían:

- Técnicas de imagen (6 ecografías, 2 tomografías computerizadas y un tránsito gastro-intestinal).
- Técnicas endoscópicas (2 rectosigmoidoscopias, 1 endoscopia digestiva alta y una colonoscopia).
- Técnicas quirúrgicas (1 esplenectomía y una colecistectomía). El número de episodios abdominales que motivaron ingreso hospitalario fue de 5 (42%). La estancia media hospitalaria de 18 días (rango entre 6 y 30 días). En un paciente el exitus se atribuyó a complicación abdominal (peritonitis).

CONCLUSIONES:

1. La alta incidencia de complicaciones abdominales (28%) en pacientes trasplantados de pulmón hace necesario un examen digestivo riguroso previo al TXP.
2. Una rápida sospecha clínica y confirmación diagnóstica de éstas disminuirá la morbimortalidad por esta causa.
3. Las complicaciones abdominales suponen un 25% del total de las muertes en nuestro grupo de trasplante.