



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Tratamiento quirúrgico versus no quirúrgico para el empiema pleural (Revisión)

Redden MD, Chin TY, van Driel ML

Redden MD, Chin TY, van Driel ML.
Surgical versus non-surgical management for pleural empyema
(Tratamiento quirúrgico versus no quirúrgico para el empiema pleural).
Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 3. Art. No.: CD010651.
DOI: [10.1002/14651858.CD010651.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD010651.pub2).

www.cochranelibrary.com/es

[Revisión de intervención]

Tratamiento quirúrgico versus no quirúrgico para el empiema pleural

Mark D Redden¹, Tze Yang Chin^{2,3}, Mieke L van Driel⁴

¹Ipswich Hospital, Ipswich, Australia. ²The Prince Charles Hospital, Chermside, Australia. ³School of Medicine, The University of Queensland, Brisbane, Australia. ⁴Primary Care Clinical Unit, Faculty of Medicine, The University of Queensland, Brisbane, Australia

Contacto: Mark D Redden, Ipswich Hospital, Ipswich, Queensland, Australia. mark.redden@uqconnect.edu.au.**Grupo Editorial:** Grupo Cochrane de Infecciones Respiratorias Agudas.**Estado y fecha de publicación:** Nueva, publicada en el número 3, 2017.**Referencia:** Redden MD, Chin TY, van Driel ML. Surgical versus non-surgical management for pleural empyema (Tratamiento quirúrgico versus no quirúrgico para el empiema pleural). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 3. Art. No.: CD010651. DOI: [10.1002/14651858.CD010651.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD010651.pub2).

Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

El empiema se refiere al pus en el espacio pleural, debido habitualmente a una neumonía adyacente, a lesión de la pared torácica o a una complicación de una cirugía torácica. Hay diferentes opciones terapéuticas disponibles para su tratamiento, que varían desde la aspiración percutánea y el drenaje intercostal a la cirugía toracoscópica asistida por video (CTAV) o el drenaje por toracotomía. Los fibrinolíticos intrapleurales también se pueden administrar después de la inserción de drenajes intercostales para facilitar el drenaje pleural. En la actualidad, existe una falta de consenso en cuanto al tratamiento óptimo.

Objetivos

Evaluar la efectividad y la seguridad de los tratamientos quirúrgicos versus no quirúrgicos para la efusión paraneumónica o el empiema pleural complicados.

Métodos de búsqueda

Se hicieron búsquedas en el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials) (CENTRAL) (2016, número 9), MEDLINE (Ebscohost) (1946 hasta julio, semana 3, 2013, julio 2015 hasta octubre 2016) y en MEDLINE (Ovid) (1 mayo 2013 hasta julio, semana 1, 2015), Embase (2010 hasta octubre 2016), CINAHL (1981 hasta octubre 2016) y en LILACS (1982 hasta octubre 2016) el 20 octubre 2016. Se hicieron búsquedas de estudios en curso en ClinicalTrials.gov y en WHO International Clinical Trials Registry Platform (diciembre 2016).

Criterios de selección

Ensayos controlados aleatorios que compararon un método quirúrgico con un método no quirúrgico de tratamiento para cualquier grupo etario con empiema pleural.

Obtención y análisis de los datos

Dos autores de la revisión evaluaron de forma independiente los ensayos para la inclusión y el riesgo de sesgo, extrajeron los datos y verificaron su exactitud. Se estableció contacto con los autores de los ensayos para obtener información adicional. La calidad de la evidencia se evaluó mediante el enfoque GRADE.

Resultados principales

Se incluyeron ocho ensayos controlados aleatorios con un total de 391 participantes. Seis ensayos se centraron en niños y dos en adultos. Los ensayos compararon el drenaje por sonda de toracostomía (no quirúrgico), con o sin fibrinolíticos intrapleurales, con la CTAV o la toracotomía (quirúrgica) para el tratamiento del empiema pleural. El riesgo de sesgo de los estudios incluidos en general se consideró incierto para la selección y el cegamiento, pero bajo para el sesgo de desgaste e informe. Los análisis de los datos compararon toracotomía

Tratamiento quirúrgico versus no quirúrgico para el empiema pleural (Revisión)

Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

versus toracostomía por sonda y CTAV versus toracostomía por sonda. Se agruparon los datos para el metanálisis cuando fue apropiado. Se realizó un análisis de subgrupos para los niños, así como un análisis de sensibilidad para los estudios que utilizaron fibrinolisis en los brazos de tratamiento no quirúrgicos.

La comparación de toracotomía abierta versus drenaje por toracostomía incluyó sólo un estudio en niños que no informó muertes en los brazos de tratamiento. Sin embargo, el ensayo mostró una reducción estadísticamente significativa en la media de la estancia hospitalaria de 5,90 días en los pacientes tratados con toracotomía primaria. También mostró una reducción estadísticamente significativa en las complicaciones del procedimiento en los pacientes tratados con toracotomía en comparación con el drenaje por toracostomía. La calidad de la evidencia para los resultados duración de la estancia hospitalaria y complicaciones del procedimiento se disminuyó a moderada debido al tamaño pequeño de la muestra.

La comparación CTAV versus drenaje por toracostomía incluyó siete estudios que se agruparon en un metanálisis. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad ni las complicaciones del procedimiento entre los grupos. Lo anterior fue válido en los adultos y los niños con o sin fibrinolisis. Sin embargo, los datos de mortalidad fueron limitados: un estudio informó una muerte en cada brazo de tratamiento y siete estudios no informaron muertes. Hubo una reducción estadísticamente significativa en la duración media de la estancia hospitalaria en los pacientes tratados con CTAV. El análisis de subgrupos mostró el mismo resultado en los adultos, pero no hubo evidencia suficiente para calcular un efecto en los niños. No fue posible realizar otro análisis para la fibrinolisis en este resultado porque todos los estudios incluidos utilizaron la fibrinolisis en los brazos no quirúrgicos. La calidad de la evidencia se disminuyó a baja para la mortalidad (debido a los intervalos de confianza amplios y a la indireccionalidad) y a moderada para otros resultados en esta comparación debido a la heterogeneidad alta o a los intervalos de confianza amplios.

Conclusiones de los autores

Estos resultados indican que no hay diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad entre el tratamiento primario quirúrgico y no quirúrgico del empiema pleural en todos los grupos etarios. La cirugía toracoscópica asistida por video puede reducir la duración de la estancia hospitalaria en comparación con el drenaje por toracostomía solo.

No hubo evidencia suficiente para evaluar la repercusión del tratamiento fibrinolítico.

En los estudios incluidos se informaron varios resultados comunes que no se examinaron directamente en los resultados primarios y secundarios de esta revisión. Se incluyen la duración del drenaje torácico por sonda, la duración de la fiebre, la necesidad de analgesia y el costo total del tratamiento. Para informar las decisiones clínicas se necesitan estudios futuros que se centren en resultados centrados en el paciente como las puntuaciones funcionales del paciente y otros resultados clínicamente relevantes como la mejoría radiográfica, las tasas de fracaso del tratamiento y la cantidad de líquido drenado.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Tratamiento quirúrgico versus no quirúrgico para el pus en el espacio alrededor de los pulmones

Pregunta de la revisión

Se investigó si hubo diferencias en los resultados de los pacientes que desarrollan pus en el espacio alrededor de los pulmones (empiema), entre los que recibieron tratamiento quirúrgico y los que recibieron tratamiento no quirúrgico. Se buscaron las diferencias en las proporciones de niños y adultos que sobrevivieron, el tiempo que estuvieron en el hospital y las complicaciones de los tratamientos.

Antecedentes

El pus se puede formar en el espacio alrededor de los pulmones como resultado de una neumonía, una complicación del traumatismo de la pared torácica o una cirugía. Dentro del pus se pueden formar divisiones sólidas, llamadas loculaciones. En general la infección no mejora con el tratamiento antibiótico solo.

Hay varios tratamientos quirúrgicos y no quirúrgicos. Los tratamientos no quirúrgicos incluyen drenar el pus mediante una aguja insertada a través de la pared torácica (toracocentesis) o al insertar un tubo a través de la pared torácica para drenar la infección (toracostomía). Si se inserta un tubo en el tórax, los fármacos se pueden inyectar en el espacio alrededor de los pulmones para romper las divisiones. A lo anterior se le llama fibrinolisis. Los tratamientos no quirúrgicos pueden causar daños como la entrada de aire al espacio alrededor de los pulmones, daño al tejido del tórax o que los pulmones se llenen de líquido cuando se expanden nuevamente. El tratamiento quirúrgico incluye la abertura de la cavidad torácica y la eliminación de la infección (toracotomía) o la eliminación de la infección mediante cortes pequeños en la pared torácica con la ayuda de una cámara, conocida como cirugía toracoscópica asistida por video (CTAV). Un tubo en el tórax drena cualquier líquido después de la cirugía. Los riesgos de la cirugía incluyen la entrada de aire en el espacio alrededor de los pulmones, el dolor en las costillas y las complicaciones anestésicas.

Fecha de la búsqueda

La evidencia está actualizada hasta octubre de 2016.

Características de los estudios

Se incluyeron ocho ensayos con un total de 391 participantes. Seis ensayos se centraron en niños y dos en adultos. Los ensayos compararon el drenaje del tórax mediante tubos (no quirúrgicos), con o sin fibrinólisis, con la CTAV o la toracotomía (quirúrgicos).

Fuentes de financiación de los estudios

Dos estudios no declararon conflictos de intereses económicos; Los seis estudios restantes no informaron la fuente de financiación.

Resultados clave

No hubo diferencias en la proporción de pacientes de todas las edades que sobrevivieron al empiema con respecto al tratamiento quirúrgico o no quirúrgico. Sin embargo, este hallazgo se basó en datos limitados: un estudio informó una muerte con cada opción de tratamiento y siete estudios no informaron muertes. No hubo diferencias en las tasas de complicaciones entre los pacientes tratados con opciones quirúrgicas y no quirúrgicas.

Hubo evidencia limitada que indican que la CTAV redujo la estancia hospitalaria en comparación con los tratamientos no quirúrgicos.

Calidad de la evidencia

La calidad de la evidencia fue moderada en general. Las limitaciones principales fueron que se incluyeron pocos estudios en cada análisis y hubo inconsistencias entre los estudios.