



ENFISEMA PULMONAR LA OTRA CARA DE LA EPOC

Causa fatiga con sólo realizar pequeños esfuerzos, por lo que el enfisema pulmonar acaba siendo una patología muy limitante. Ahora, una novedosa técnica permite aliviar los pulmones enfermos y respirar mejor.

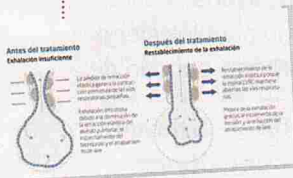
El enfisema pulmonar es una manifestación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Está asociado principalmente al tabaquismo continuado y es muy limitante, puesto que causa fatiga al llevar a cabo esfuerzos muy pequeños, de forma que toda la actividad normal del paciente, desde atarse los cordones hasta ducharse, resulta muy complicada.

La **Sociedad Española del Aparato Respiratorio (SEPAR)** explica que la EPOC es una "enfermedad crónica que se caracteriza por una disminución de los flu-

jos respiratorios que no cambia de forma notable a lo largo de algunos meses de seguimiento". Las formas más comunes de EPOC son la bronquitis crónica y el enfisema y su causa principal, el tabaco. Su consumo prolongado ocasiona inflamación del tejido pulmonar y grados variables de destrucción alveolar, explica la SEPAR. Si esta destrucción provoca inflamación y estrechamiento de las vías respiratorias se denomina bronquitis crónica; cuando el resultado es la disminución de la elasticidad pulmonar, enfisema.

"Muelles" para el enfisema

Precisamente estos días la **Fundación Jiménez Díaz de Madrid** ha realizado con éxito la primera intervención en España para el tratamiento de la enfermedad en su estadio avanzado a través de la implantación de COILS (muelles), una técnica no quirúrgica que mejora la función pulmonar y la calidad de vida de los pacientes.



"El enfisema pulmonar grave provoca que el pulmón sea menos elástico, por lo que el tejido queda distendido, empujando el diafragma hacia abajo e impidiendo que el paciente pueda respirar correctamente. Con la implantación de estos muelles en el pulmón se consigue una mejora importante de la calidad de vida del paciente, que empieza a respirar mejor y con menos fatiga", afirma el **doctor Javier Flandes, responsable de la Unidad de Broncoscopia Intervencionista** del hospital madrileño.

La técnica se basa en la implantación de un dispositivo -RePneu- que no requiere cirugía, lo que permite una

recuperación más rápida del paciente, además de una mejor tolerancia. La implantación de los muelles se realiza con anestesia general o sedación profunda y dura entre 30 y 40 minutos. El dispositivo se asemeja a un muelle de pequeño tamaño y está elaborado con un material llamado nitinol (aleación de níquel y titanio), que posee memoria de forma y que no impide realizar estudios de resonancia magnética.

Los muelles se colocan en el pulmón enfermo a través de un broncoscopio y con la ayuda de una técnica de radioscopia, que facilita la visualización del lugar preciso de implantación. Para su colocación en las vías respiratorias, los muelles se enderezan y, gracias a su memoria de forma, vuelven a su forma original en cuanto el broncoscopio las libera, comprimiendo suavemente el tejido pulmonar dañado y manteniendo las vías respira-

El doctor **Javier Flandes** es responsable de la Unidad de Broncoscopia Intervencionista de la Fundación Jiménez Díaz y presidente de la Asociación Española de Endoscopia Respiratoria y Neumología Intervencionista



torias abiertas gracias al restablecimiento de la retracción elástica. En cada intervención se implantan alrededor de diez muelles por pulmón, ya sea en el lóbulo superior o inferior, según qué zona esté más afectada. Se prevé que entre 30.000 y 40.000 pacientes españoles se podrían beneficiar de esta técnica, incluyendo tanto los casos de enfisema pulmonar homogéneo, en los que no hay diferencias en la gravedad de la patología en fun-

ción de la región pulmonar, como los de enfisema de distribución heterogénea. Además, se puede llevar a cabo con independencia de la ventilación colateral, una condición común en los pacientes con enfisema. España es el cuarto país europeo al que ha llegado la técnica, tras su uso con gran éxito en Alemania, Francia e Italia. En Alemania se ha tratado a más de 1.400 pacientes con enfisema grave.

Neumotórax, aire en los pulmones

En ocasiones, el enfisema pulmonar o la EPOC pueden ocasionar un neumotórax, que se define como la presencia de aire en el espacio pleural (la capa que rodea a los pulmones). La **Asociación de Neumología y Cirugía Torácica del Sur (Neumosur)** explica que la entrada de aire en la cavidad pleural causa un mayor o menor colapso del pulmón, con la correspondiente repercusión en la mecánica respiratoria e incluso en la situación hemodinámica del paciente. Existen distintos tipos de neumotórax, el más frecuente es el espontáneo, que se produce sin una causa traumática que lo justifique. El **neumotórax espontáneo primario**, ocurre en personas aparentemente sanas, sin enfermedades pulmonares conocidas. Se da con más frecuencia en varones, delgados y altos, entre los 20 y 40 años de edad, y fumadores. El **neumotórax espontáneo secundario** lo sufren personas con patología pulmonar previa. Suele aparecer por tanto en pacientes de mayor edad. La EPOC es la causa más frecuente y la posibilidad de sufrirlo es mayor cuanto más avanzada es la enfermedad. La repercusión clínica puede ser muy

grave, advierten desde Neumosur, por ello es importante descartar la presencia de neumotórax en todos los pacientes con EPOC agudizada. El **neumotórax traumático** es consecuencia de una herida penetrante en el tórax por accidente o por agresión, mientras que el **neumotórax iatrogénico** se debe a procedimientos médicos. El neumotórax suele producir un dolor torácico agudo súbito, dificultad para respirar, y tos seca y persistente. Secundariamente a la falta de aire pulmonar aumenta la frecuencia cardíaca y puede aparecer un color azulado de la piel causado por la falta de oxígeno. El tratamiento consiste en eliminar el aire pleural que, si es escaso, se puede resolver sólo con reposo. Si el aire es abundante y comprime el pulmón se realiza la colocación de un tubo torácico entre las costillas dentro del espacio pleural, que permite la evacuación del aire desde allí hacia el exterior. En otros casos hay que recurrir a la cirugía para cerrar la zona de la pleura de salida del aire desde el pulmón.



Trasplante de pulmón, máximo histórico

Las enfermedades que en su estadio terminal son más frecuentemente candidatas a trasplante pulmonar son, en primer lugar, la EPOC y el enfisema (en un 27% de los casos), seguidos de la fibrosis quística (14%) y de la fibrosis pulmonar idiopática (16%).

Según la **Organización Nacional de Trasplantes (ONT)**, en 2013 se hicieron 285 trasplante de pulmón frente a los 238 efectuados en 2012. Una cifra récord ya que, por primera vez, los trasplantes pulmonares superan a los cardíacos (285 trasplantes versus 249). El pulmonar es el tercer trasplante en importancia numérica tras el renal y el hepático. "Esta cifra representa un registro máximo histórico para una operación que requiere de un proceso complejo en el preoperatorio, durante la intervención y en el postoperatorio, así como en la conservación de los órganos del donante. Gracias a los avances técnicos es una modalidad terapéutica cada vez más eficaz y segura" explica la **doctora Piedad Ussetti, neumóloga miembro de SEPAR y Jefe de Servicio del Hospital Puerta de Hierro de Majadahonda, Madrid**. El trasplante pulmonar se aplica a pacientes con una enfermedad pulmonar avanzada, irreversible e incapacitante que presentan un mal pronóstico de vida a corto plazo. Se trata, pues, de un tratamiento quirúrgico imprescindible y vital para cientos de enfermos.

"Los pacientes que son sometidos a un trasplante de pulmón han realizado un recorrido nada fácil (deterioro de la enfermedad, lista de espera...), pero empieza una nueva etapa que tampoco va a ser sencilla. Deberán aprender a cuidarse, a medicarse de por vida y seguir las recomendaciones de su equipo médico para recuperar su calidad de vida y llevar una vida lo mas normal posible", explica la doctora Ussetti. ☺