



Protocolo diagnóstico del derrame pleural

D. Graziani Noriega

Servicio de Neumología. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara. España.

Palabras Clave:

- Derrame pleural
- Diagnóstico

Keywords:

- Pleural effusion
- Diagnosis

Resumen

El derrame pleural (DP) es un problema médico frecuente, con más de 50 etiologías conocidas. El objetivo es establecer un diagnóstico rápido, reducir al mínimo las exploraciones invasivas y facilitar el tratamiento. Este protocolo es un resumen de los algoritmos diagnósticos, en general, y en los distintos tipos de derrames pleurales.

Abstract

Diagnostic protocol of pleural effusion

The pleural effusion (PE) is a common medical problem with more than 50 known etiologies. The aim is to establish a rapid diagnosis, minimize invasive examinations and facilitate treatment. This chapter is a summary of the diagnostic algorithms in general and the various types of pleural effusions.

Introducción

El derrame pleural (DP) ocurre como resultado de un aumento de la producción o una disminución de la reabsorción del líquido pleural (LP), a través de varios mecanismos (tabla 1). La prevalencia del DP es ligeramente superior a 400/100.000 habitantes. La causa más frecuente es la insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) que es un trasudado, y entre los exudados el derrame pleural paraneumónico (DPPN), el neoplásico o el secundario a tromboembolismo pulmonar (TEP) (tabla 2).

Evaluación e historia clínica

Debe realizarse una anamnesis y exploración física completa, haciendo hincapié en los antecedentes patológicos y laborales, así como los fármacos que reciba el paciente, lo que puede guiar a determinar si el DP es un exudado o un trasudado y con esta diferenciación ir disminuyendo las posibles causas etiológicas. Con la evaluación clínica, es posible identificar trasudados que en un contexto clínico no necesitarían ser

estudiados a menos que haya características atípicas o que no respondan al tratamiento, en cuyo caso habrá que iniciar su estudio (fig. 1).

Diagnóstico por imagen

Radiografía

La radiografía posteroanterior (AP) de tórax suele revelar el DP superior a 200 ml, sin embargo en las radiografía con proyecciones laterales pueden detectarse el DP de 50 ml, que puede producir borramiento del ángulo costofrénico posterior. Los DP pueden ser de distribución libre o localizados, de localización típica o atípica (subpulmonar, cisural o medias-tínico) y de cantidad variable. Es preciso recordar que en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) la mayoría de las radiografías realizadas son AP y en supino, por lo que el DP se observa como un aumento de densidad en el hemitórax con preservación de la trama vascular.

En caso de duda por poca cantidad, conviene confirmar la existencia de LP libre mediante radiografía simple en decúbito lateral afectado o una ecografía torácica.

TABLA 1

Mecanismos de producción de los derrames pleurales

Aumento de presión hidrostática sistémica
Descenso de la presión oncótica en la microcirculación
Aumento de permeabilidad en la microcirculación pleural
Aumento de líquido intersticial pulmonar
Obstrucción del drenaje linfático
Paso de líquido desde otras cavidades u orígenes: peritoneo, retroperitoneo, espacio cefalorraquídeo, catéteres
Disminución de la presión negativa en el espacio pleural
Rotura vascular torácica
Rotura del conducto torácico

Ecografía torácica

Está indicado su uso siempre que existan dudas de DP. Sus indicaciones incluyen, además de la localización de DP pequeños o encapsulados para su punción, la caracterización del líquido o la superficie pleural y dirigir el punto de entrada de la toracoscopia. En este último caso además es recomendable que la realice el mismo facultativo que hace la toracentesis, aumentando así la rentabilidad y disminuyendo las complicaciones de la misma, como es el cas del neumotórax.

Se recomienda su utilización para dirigir todas las técnicas invasivas pleurales y, si es posible, debe realizarse inmediatamente antes de la técnica.

La ecografía torácica es más sensible que la radiografía en la identificación de los DP y que la tomografía computarizada (TC) para la identificación de septos.

Tomografía computadorizada

La TC debe realizarse con contraste y antes de completar el drenaje pleural. Debe realizarse en la investigación de DP no diagnosticados o cuando existe la presencia de anomalías en el parénquima pulmonar, ayudando a definir la sospecha diagnóstica. La TC en estos casos puede aportar información complementaria. Puede ser de utilidad para modificar la probabilidad de malignidad de un DP, localizar zonas adecuadas para la biopsia o identificar otras regiones patológicas, como el parénquima pulmonar o el mediastino.

Además, está indicada en el DP paraneumónico cuando el drenaje endotorácico inicial no ha tenido éxito y para descartar enfermedades infradiafragmáticas causantes de DP.

Resonancia magnética

La resonancia magnética (RM) puede distinguir con precisión entre derrames pleurales benignos y malignos a través de las diferencias en la intensidad de la señal en las imágenes potenciadas en T2. Algunos estudios han demostrado igualdad con respecto a la TC en la distinción de características morfológicas de malignidad pleural y superioridad en la valoración de la afectación diafragmática y la pared torácica.

TABLA 2

Etiologías más frecuentes del derrame pleural

Agentes físicos	Neoplasias
Traumatismo torácico	Mesotelioma
Quemadura eléctrica	Carcinomas
Radioterapia	Síndromes linfoproliferativos
Iatrogenia	Sarcomas
Fármacos	Mieloma
Nitrofurantoína	Otros
Bromocriptina	Enfermedades inmunológicas
Procabacina	Artritis reumatoide
Dantrolene	Lupus eritematoso diseminado
Mitomicina	Lupus inducido por fármacos
Metronidazol	Enfermedad mixta del tejido conjuntivo
Propiltiouracilo	Espondilitis anquilopoyética
Practolol	Síndrome de Sjögren
Metisergida	Linfoadenopatía angioinmunoblástica
Metotrexato	Vasculitis de Churg-Strauss
Amiodarona	Granulomatosis de Wegener
Ergotamina	Fiebre mediterránea familiar
Bleomicina	Sarcoidosis
Minoxidil	Alveolitis alérgica extrínseca
Descenso de la presión oncótica	Aspergilosis broncopulmonar alérgica
Hepatopatía crónica	Rechazo postrasplante pulmonar
Síndrome nefrótico	Enfermedad infradiafragmática y digestiva
Hipoalbuminemia de otras causas	Rotura esofágica
Cardiovasculares	Escleroterapia de varices esofágicas
Insuficiencia cardíaca	Hernia transdiafragmática incarcerada
Tromboembolia pulmonar	Cirugía abdominal
Pericarditis constrictiva	Peritonitis
Obstrucción de la vena cava superior	Enfermedad inflamatoria intestinal
Procedimiento de Fontan	Enfermedad esplénica: rotura, infarto, angioma
Trombosis de la vena esplénica	Absceso subfrénico, hepático o esplénico
Rotura del aneurisma disecante aórtico	Obstrucción del tracto biliar
Embolia por colesterol	Pancreatitis y pseudoquiste pancreático
Cirugía de by-pass coronario	Síndrome de hiperestimulación ovárica
Postinfarto-pospericardiotomía	Síndrome de Meigs
Infecciones	Posparto
Bacterianas: neumonía o infección sistémica	Trasplante hepático
Tuberculosis	Ascitis de otras causas
Parasitosis	Otros
Micosis	Derrame asbestósico benigno
Virus: respiratorios, hepatitis, cardiotropos	Uremia
Otros gérmenes	Síndrome de las uñas amarillas
	Linfangioleiomiomatosis
	Histiocitosis X
	Atrapamiento pulmonar
	Mixedema
	Derrame pleural fetal
	Amiloidosis

Actualmente, el acceso a la RM es limitado y no se usa de rutina en el estudio de los DP, pero puede ser utilizada para evaluar con precisión la enfermedad pleural en pacientes en los que está contraindicado el contraste.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3808382>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3808382>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)