

ENFOQUE DIAGNÓSTICO EN EL PACIENTE CON DERRAME PLEURAL

DIAGNOSTIC APPROACH IN PLEURAL EFFUSION

DRA. MAITE OYONARTE W. (1) (2)

(1) Profesor Asistente - Universidad de Chile.

(2) Instituto Nacional del Tórax, Santiago de Chile.

Email: maiteoyonarte@gmail.com

RESUMEN

En el estudio diagnóstico del paciente con derrame pleural se deben considerar la historia clínica y el análisis de las imágenes para acotar el diagnóstico diferencial. El uso adecuado de las técnicas de imágenes contribuye a realizar procedimientos en forma segura. Se debe realizar una toracocentesis diagnóstica y/o evacuadora y se debe analizar completamente el líquido pleural. A veces es necesario realizar biopsia pleural para lo cual existen diversas técnicas disponibles. En los pacientes con pleuritis crónica inespecífica se debe hacer seguimiento por dos años para evaluar el desarrollo de malignidad.

Palabras clave: Derrame pleural, diagnóstico, toracocentesis, ecografía pleural, biopsia pleural, toracoscopia.

SUMMARY

The diagnostic approach in patients with pleural effusion must begin considering clinical aspects and image interpretation. Different imaging techniques can safely guide invasive procedures. Diagnostic or therapeutic thoracentesis must be performed and pleural fluid must be completely analyzed. Some patient will require pleural biopsy, and different techniques are available.

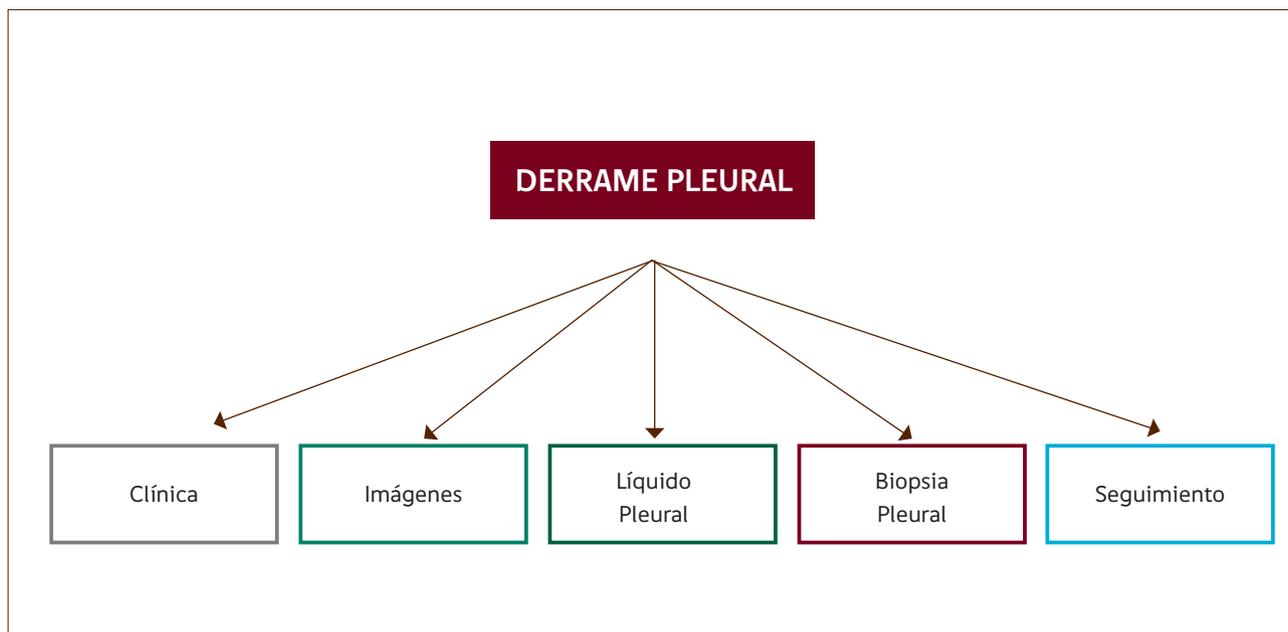
Patients with chronic unspecific pleuritis histological diagnosis after pleural biopsy, must be followed for two years long to be sure no malignancy is developed.

Key words: Pleural effusion, diagnosis, thoracentesis, ultrasound, pleural biopsy, thoracoscopy.

INTRODUCCIÓN

Establecer la causa del derrame es un desafío clínico, el cual se ve dificultado aún más al considerar que la cavidad pleural no tiene acceso directo (1, 2). El enfrentamiento del paciente con derrame debe considerar un meticuloso examen clínico (historia y examen físico), estudio de las imágenes y del líquido pleural. En ocasiones será necesario realizar biopsia pleural y en un subgrupo de pacientes no se logrará definir la causa del derrame siendo necesario hacer seguimiento durante al menos dos años (Figura 1).

Un amplio espectro de patologías puede causar derrame pleural como: enfermedades de la pleura, enfermedades del pulmón, enfermedades extrapulmonares y el uso de determinados fármacos (2). En EE.UU. se estiman 1.500.000 casos nuevos de

FIGURA 1. ENFRENTAMIENTO DEL PACIENTE CON DERRAME PLEURAL

pacientes con derrame pleural/año. La causa más frecuente es la insuficiencia cardíaca con cerca de 500.000 casos nuevos. La siguen en frecuencia las infecciones bacterianas del espacio pleural en 300.000, derrames pleurales neoplásicos 200.000, tromboembolismo pulmonar 150.000, derrames de etiología viral en 100.000 e hidrotórax 50.000 (3,4) .

1. CLÍNICA

En el 75% de los casos el clínico se puede aproximar al diagnóstico diferencial con una detallada anamnesis y examen físico. Debe interrogarse dirigidamente sobre enfermedades previas o actuales tales como cardiopatías, cuadros respiratorios infecciosos recientes, neoplasias, mesenquimopatías, traumatismos, enfermedades hepáticas o renales, contacto con pacientes con tuberculosis (TBC), antecedentes laborales y uso de fármacos (1). Múltiples medicamentos pueden causar derrame pleural, los más frecuentes en producirlo son el metotrexato, amiodarona, fenitoína, nitrofurantoína y ciclofosfamida. En la página web www.pneumotox.com es posible evaluar el reporte de derrame pleural para un medicamento en particular (2).

Los síntomas son variables dependiendo de la etiología del derrame y de la magnitud de éste, sin embargo, algunos pacientes consultan por síntomas causados por el derrame pleural propiamente tal como lo son la disnea, la tos y el dolor torácico; otras veces los síntomas son derivados de la enfermedad de base. Hasta en el 25% de los pacientes el derrame es asintomático y resulta ser un hallazgo anormal en la radiografía de tórax.

2. IMÁGENES

Las técnicas más útiles son la radiografía pósterio-anterior (PA) y lateral del tórax, la ecografía pleural y la tomografía computada de tórax (TAC). En ocasiones se pueden complementar con la tomografía por emisión de positrones con tomografía computada integrada (PET/CT) y con resonancia nuclear magnética (RNM). El uso de cada una de ellas tiene objetivos distintos. Es interesante tener presente que tanto el derrame pleural como el engrosamiento pleural pueden ser manifestaciones de patología benigna como maligna, de modo que el análisis de las imágenes constituye un aspecto más en el enfrentamiento global del paciente.

Radiografía de tórax

La radiografía torácica suele ser el examen inicial. En la radiografía PA son necesarios al menos 200ml para evidenciar el derrame y en la proyección lateral 50cc. En los derrames libres, el ángulo costofrénico suele estar obliterado y el derrame describe una curva ascendente o de Damoiseau. Otras veces el derrame puede localizarse en la zona subdiafragmática, puede ser bilateral o incluso acumularse en las cisuras generando una imagen que simula un tumor pulmonar. Los derrames pueden ser libres o estar loculados, lo cual puede ocurrir en enfermedades que producen inflamación intensa de la pleura como la TBC pleural, el empiema y el hemotórax. La cuantía de los derrames puede ser muy variable, desde muy escaso contenido hasta extenso o masivo y afectar todo el hemitórax, provocando o no desplazamiento del mediastino en forma contralateral. Las principales causas de derrame pleural masivo son las etiologías maligna, la TBC pleural y el empiema (4).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3830240>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3830240>

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