



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



REVISIÓN

Derrames pleurales benignos persistentes

J.M. Porcel^{a,b}

^a Unidad de Medicina Pleural, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida, España

^b Instituto de Investigación Biomédica de Lleida Fundación Dr. Pifarré, IRBLLEIDA, Lleida, España

Recibido el 25 de marzo de 2017; aceptado el 28 de marzo de 2017

PALABRAS CLAVE

Quilotórax;
Derrame de colesterol;
Pulmón atrapado;
Derrame pleural reumatoide;
Empiema tuberculoso;
Derrame pleural asbestósico benigno;
Síndrome de las uñas amarillas;
Catéter pleural tunelizado

KEYWORDS

Chylothorax;
Cholesterol effusion;
Trapped lung;

Resumen En esta revisión narrativa se describen las principales etiologías, características clínicas y tratamiento de los derrames pleurales de naturaleza benigna que, característicamente, pueden persistir en el tiempo: quilotórax y derrames de colesterol, pulmón no expansible, derrame pleural reumatoide, empiema tuberculoso, derrame pleural asbestósico benigno y síndrome de las uñas amarillas.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

Persistent benign pleural effusion

Abstract In this narrative review we describe the main aetiologies, clinical characteristics and treatment for patients with benign pleural effusion that characteristically persists over

Correo electrónico: jporcel@yahoo.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2017.03.008>

0014-2565/© 2017 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

Cómo citar este artículo: Porcel JM. Derrames pleurales benignos persistentes. Rev Clin Esp. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2017.03.008>

Rheumatoid pleural effusion;
Tuberculous empyema;
Benign asbestos pleural effusion;
Yellow nail syndrome;
Tunnelled pleural catheter

time: chylothorax and cholesterol effusions, nonexpansible lung, rheumatoid pleural effusion, tuberculous empyema, benign asbestos pleural effusion and yellow nail syndrome.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). All rights reserved.

El derrame pleural (DP) constituye uno de los procesos más comunes a los que se enfrentan diversos especialistas médicos, particularmente neumólogos, internistas y cirujanos torácicos. Típicamente, el DP maligno es persistente en el tiempo y, cuando provoca disnea, requiere intervenciones paliativas específicas como toracocentesis terapéuticas, pleurodesis o inserción de catéteres pleurales tunelizados (PleurX®)¹. Sin embargo, existen también diversas enfermedades benignas que producen DP crónicos², a menudo difíciles de diagnosticar, por su rareza, o de tratar, y que son objeto de la presente revisión. No se considerarán los DP benignos que generalmente se resuelven en pocos días o semanas, pero que ocasionalmente son persistentes o recurrentes por falta de respuesta a la terapia convencional (p. ej., DP cardiacos o hidrotórax hepático).

Quilotórax y derrames de colesterol

Tanto los quilotórax como los DP de colesterol (también conocidos como DP quiliformes o pseudoquilotórax) se caracterizan por su riqueza en lípidos: quilomicrones/triglicéridos en el primer caso, y colesterol en el segundo³. El quilotórax implica una fuga de quilo por disrupción o bloqueo del conducto torácico o sus ramificaciones. Sus causas se pueden clasificar en 4 categorías^{4,5}: 1) cirugías (40%), como las de reparación de cardiopatías o hernias diafragmáticas congénitas, esofagectomías o resecciones pulmonares con linfadenectomías mediastínicas; 2) tumores (30%), fundamentalmente linfomas; 3) procesos misceláneos, como la cirrosis (paso transdiafragmático de ascitis quilosa), síndrome de la vena cava superior, o trastornos linfáticos adquiridos (p. ej., linfangioleiomiomatosis, síndrome de las uñas amarillas [SUA]), y 4) quilotórax idiopáticos (10%), si bien se deben descartar traumatismos «triviales» (tos, hipo, estornudos intensos) antes de tal consideración.

Los DP de colesterol, mucho más infrecuentes que los quilotórax, no se relacionan con ninguna anomalía linfática, sino con colecciones pleurales de larga evolución (> 5 años en el 90%), asociadas en el 80% de ocasiones con engrosamiento o calcificación pleural⁶, en las que el colesterol se genera por la lisis de eritrocitos y leucocitos. Las dos etiologías más comunes de DP de colesterol son la tuberculosis (se debe diferenciar del empiema tuberculoso, que se describe más adelante) y la artritis reumatoide^{3,4}.

Los pacientes con quilotórax voluminosos suelen tener disnea, pero no así fiebre (excepto en el contexto de los síntomas B de un linfoma) o dolor torácico, debido a la naturaleza no inflamatoria del quilo⁷. Dependiendo del lugar

de la lesión del conducto torácico, los quilotórax son unilaterales derechos o izquierdos, si bien en un 20% de los casos son bilaterales⁵. Se debe sospechar quilotórax ante todo paciente con un líquido pleural (LP) de aspecto lechoso (fig. 1) o con un DP persistente o recurrente de causa incierta, particularmente si existen factores predisponentes (p. ej., cirugía cardiotorácica, linfoma, cirrosis, linfangioleiomiomatosis).

Es importante tener en cuenta que tanto los quilotórax como los DP de colesterol tienen el clásico aspecto lechoso en solo el 40-50% de los casos^{3,7}. El análisis del LP en un quilotórax muestra un exudado (85%; el trasudado debe hacer sospechar cirrosis), mayormente de predominio linfocitario (80%) y con concentraciones de triglicéridos > 110 mg/dl (85%)⁸. El hallazgo de unos valores intermedios de triglicéridos (50 a 110 mg/dl) obligaría a demostrar la presencia de quilomicrones en el LP, lo que resultaría una



Figura 1 Aspecto lechoso típico de un quilotórax.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5683419>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5683419>

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