



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



PROS Y CONTRAS

¿Se debe realizar una biopsia pleural para el diagnóstico etiológico de los exudados? No

J.M. Porcel

Unidad de Medicina Pleural, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Instituto de Investigación Biomédica de Lleida (IRBLleida), Fundación Dr. Pifarré, Lleida, España

Recibido el 14 de febrero de 2017; aceptado el 18 de febrero de 2017

PALABRAS CLAVE

Biopsia pleural;
Derrame pleural;
Toracoscopia;
Tuberculosis pleural;
Derrame pleural
maligno

KEYWORDS

Pleural biopsy;
Pleural effusion;
Thoracoscopy;
Pleural tuberculosis;
Malignant pleural
effusion

Resumen En la mayoría de las ocasiones, el diagnóstico etiológico de un exudado pleural no requiere de una biopsia pleural y, si esta finalmente se considera imprescindible, excepcionalmente hay que recurrir a procedimientos invasivos como la toracoscopia. Dos ejemplos paradigmáticos son el derrame pleural tuberculoso y el maligno. En muchos centros, la medición de adenosina deaminasa en líquido pleural ha sustituido a la biopsia pleural cerrada para diagnosticar tuberculosis. Del mismo modo, el análisis anatomopatológico y molecular de los bloques celulares del líquido pleural o, en su defecto, de las biopsias pleurales dirigidas por técnicas de imagen ha reducido drásticamente la necesidad de una toracoscopia.

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

The case against performing pleural biopsies for the aetiological diagnosis of exudates

Abstract In most cases, the etiological diagnosis of pleural exudates does not require a pleural biopsy. However, when it is considered necessary, the biopsy should seldom be conducted using invasive methods such as thoracoscopy. Two paradigmatic examples are pleural tuberculosis and malignant effusions. In many centres, pleural fluid adenosine deaminase measurement has replaced closed pleural biopsies in the diagnosis of tuberculosis. Similarly, pathological and molecular studies on pleural fluid cell blocks or alternatively, image-guided pleural biopsies have drastically reduced the need for thoracoscopy.

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

Correo electrónico: jporcel@yahoo.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2017.02.016>

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

Cómo citar este artículo: Porcel JM. ¿Se debe realizar una biopsia pleural para el diagnóstico etiológico de los exudados? No. Rev Clin Esp. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2017.02.016>

Los exudados pleurales suponen un reto diagnóstico, ya que obedecen a numerosas etiologías¹. Las causas más comunes de 2.316 derrames pleurales (DP) que cumplían criterios de Light¹ para exudado fueron el cáncer (34,4%), la neumonía (23,4%) y la tuberculosis (TB; 11,6%)². La identificación de los DP paraneumónicos es relativamente sencilla: aparecen en el contexto de un proceso febril agudo, se suelen acompañar de infiltrados pulmonares radiológicos, y en el recuento leucocitario diferencial del líquido pleural (LP) predominan los neutrófilos en más del 85% de los casos³. Es en el diagnóstico de la TB y del DP maligno donde mayoritariamente se ha indicado la biopsia pleural (BP)¹. Esta puede realizarse a ciegas (BPC), bajo control radiológico (ecografía o tomografía computarizada [TC]), o mediante una toracoscopia médica o pleuroscopia.

Biopsia pleural en la tuberculosis

La TB pleural se ha considerado una enfermedad paucibacilar de la que solo se obtiene confirmación microbiológica en una minoría de casos. De este modo, la visualización de micobacterias (Ziehl-Neelsen o auramina) y los cultivos en medios sólidos (Lowenstein-Jensen) del LP resultaron positivos solo en un 6 y 36%, respectivamente, de 548 pacientes con DP tuberculoso⁴. En esputo, estos porcentajes respectivos fueron del 8 y el 41% en otra serie de 1.835 pacientes con TB pleural⁵. La escasa rentabilidad de los cultivos y la tardía disponibilidad de sus resultados (4-6 semanas) han favorecido la adopción de la BP, en su modalidad BPC (dada la afectación difusa de la pleura en la TB), como método diagnóstico estándar. En un estudio, la BPC demostró granulomas caseificantes en 401 (78%) de 517 pacientes con TB pleural, mientras que el examen microscópico de la biopsia detectó bacilos tuberculosos en el 24% de los casos y su cultivo fue positivo en el 53%⁴. En cualquier caso, la BPC no deja de ser un procedimiento invasivo, con riesgo de complicaciones: 7% de neumotórax (de los que el 19% requirieron drenaje torácico), 5% de dolor torácico y 3,5% de reacciones vagas, al sumar 2 series con un total de 1.072 BPC^{6,7}. Por otro lado, en al menos el 10% de los casos no se obtiene tejido pleural, sino grasa y músculo de la pared torácica^{6,7}. Por todo ello, el descubrimiento de la adenosina deaminasa (ADA) como un biomarcador de DP tuberculoso eficaz, barato y fácil de medir, supuso un cambio radical en la forma de diagnosticar la enfermedad⁸. Diferentes metaanálisis han mostrado que la ADA del LP, en concentraciones > 35-40 U/L, tiene una sensibilidad media del 92% y una especificidad del 90% para identificar DP tuberculoso⁸. Esta enzima también se eleva frecuentemente en DP paraneumónicos complicados (donde predominan los neutrófilos en LP, circunstancia que solo se observa en el 10% de TB), empiemas (apariencia purulenta) y linfomas⁹. El uso de la ADA ha predominado en zonas con una prevalencia media (como España) o alta de TB, donde generalmente ha reemplazado a la BPC como primer procedimiento diagnóstico. Pero incluso en regiones con baja prevalencia de la infección el valor predictivo negativo de la ADA es casi del 100% (es decir, la probabilidad de que un LP con ADA < 35 U/L sea TB es ínfima)⁹. Por otra parte, el empleo creciente de medios de cultivo líquidos para micobacterias ha mejorado notablemente los aislamientos microbiológicos (por ejemplo, 63% de

cultivos positivos en LP, 48% en esputo y 79% para la combinación de ambos, en una serie de 382 TB pleurales¹⁰) y acortado el tiempo de obtención de los resultados a 2 semanas. Por consiguiente, solo indicaríamos una BPC cuando se sospeche TB y se cumpla alguna de las siguientes circunstancias: 1) indisponibilidad para medir ADA; 2) ADA pleural < 35 U/L en una región con moderada o alta prevalencia de TB; 3) ADA pleural > 35 U/L en un área geográfica de muy baja prevalencia de TB, y 4) posibilidad de TB multirresistente (prevalencia en Cataluña de solo el 1,4% en 2015)¹¹, si los cultivos en medios líquidos del LP o esputo han sido negativos.

Biopsia pleural en el derrame maligno

El DP maligno es otra etiología donde una BP puede resultar necesaria. El examen citológico del LP es el método más sencillo para diagnosticar malignidad. Incluye el frotis (Papanicolaou) y el bloque celular (hematoxilina-eosina) obtenidos tras la centrifugación del LP¹². Con el análisis de 2 frotis y bloques celulares del LP se obtiene un diagnóstico de malignidad en alrededor del 60% de los casos¹². Esto deja un 40% de citologías falsas negativas, porcentaje que es muy superior (70-75%) en carcinomas escamosos de pulmón y mesoteliomas². Es en este grupo de sujetos donde históricamente se ha indicado la realización de una pleuroscopia diagnóstica que, además, permitiría la realización simultánea de un procedimiento terapéutico, como es la pleurodesis con talco. ¿Existen argumentos para reconsiderar esta aproximación clásica?

En primer lugar, no a todos los pacientes con DP probablemente maligno, pero sin confirmación citohistológica, se les ofrecerá, caso de demostrarse una invasión tumoral de la pleura mediante BP, un tratamiento oncológico activo (por ejemplo, por baja calidad de vida; escala *Eastern Cooperative Oncology Group* –ECOG– ≥ 3) o diferente al que ya se ha planeado (por ejemplo, por existencia de metástasis en otras localizaciones). Por ello, se debe individualizar la necesidad de una BP confirmatoria, sin que ello obvie la necesidad de un procedimiento pleural paliativo en el sujeto sintomático (por ejemplo, inserción de un catéter pleural tunelizado o *PleurX*[®]). Caso de considerarse necesaria, el tipo de BP es el siguiente punto a considerar. La BPC no es la mejor opción, debido a la disposición parcheada de los implantes tumorales en la pleura y a su predominio en áreas poco accesibles, como la pleura diafragmática o medial. La suma de 4 series con un total de 797 pacientes con DP maligno mostró que la sensibilidad de la citología del LP fue del 63,5%, y la de la BPC, del 48%^{6,7,13,14}. Un 23% de DP malignos con citología negativa tuvieron BPC positivas. Globalmente, la BPC incrementó la rentabilidad de la citología un 8,5%, alcanzándose con ambos procedimientos juntos un porcentaje (insuficiente) de diagnósticos del 72%^{6,7,13,14}.

La toracoscopia tiene un 93-95% de sensibilidad para confirmar la naturaleza maligna de un DP^{15,16}. Su única contraindicación es la ausencia de espacio pleural, como ocurre en el contexto de intensas adherencias pleurales o pleurodesis previa. Es una técnica relativamente segura, con una mortalidad del 0,3%, complicaciones mayores en el 1,8% y menores en el 7,3% de los casos^{15,16}. Puede realizarse por neumólogos o cirujanos torácicos, pero requiere

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5683438>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5683438>

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