

## DERRAME PLEURAL

Dra. Maria Esther Salgueiro; Dra. Elizabeth Salvatierra Meruvia; Dra. Guadalupe Castillo Villarroel  
Médicos Familiares Policlínica Central

### DEFINICION

Es el acumulo anormal de un exceso de líquido en el espacio pleural de la cavidad torácica que resulta del desequilibrio entre la formación del líquido pleural y su remoción. Se presenta más frecuentemente por enfermedades de la pleura o los pulmones, pero puede ser causado por alteraciones extrapulmonares.

### CLASIFICACIÓN

El derrame pleural se clasifica:

- 1.- Trasudado
- 2.- Exudado

Los trasudados son filtrados del plasma que no tienen relación directa con la pleura y resultan del aumento de la presión hidrostática y disminución de la presión oncótica y en ocasiones alteración de la permeabilidad capilar.

Los casos más frecuentes son:

- Insuficiencia cardiaca congestiva
- Síndrome Nefrotico
- Atelectasia pulmonar
- Cirrosis Hepática
- Mixedema
- Sarcoidosis
- Tromboembolia Pulmonar

Los exudados son los que tienen afectación directa con la pleura es un líquido que se caracteriza por ser rico en proteínas resultado de la inflamación de la pleura se produce por alteración de la permeabilidad capilar, otra causa puede ser la obstrucción del drenaje linfático.

Las causas más frecuentes son:

- Las infecciones como la tuberculosis, las bacterianas y virales
- Enfermedades malignas
- Enfermedades del colágeno

Light en 1972 utilizando la LDH y las proteínas observó que se clasificaban prácticamente el 99% de todos los derrames en exudados o trasudados y postuló los que se conocen como los criterios de Light:

- 1) Relación proteínas pleura/ proteínas plasma > 0.5;
- 2) Relación LDH pleura/ LDH sérica > 0.6; ó
- 3) LDH pleura > 2/3 de la LDH sérica.

Si cumple cualquiera de ellos se considera que es un exudado.

### ETIOPATOGENIA

El líquido pleural se acumula cuando su formación sobrepasa a la absorción. Normalmente el líquido entra en el espacio pleural desde los capilares de la pleura parietal y sale por los linfáticos. Puede entrar en el espacio pleural procedente de los espacios intersticiales del pulmón. A través de la pleura visceral o desde la cavidad peritoneal por los pequeños orificios del diafragma. Los linfáticos son capaces de absorber 20 veces más del líquido del formado normalmente. Por esta situación un derrame pleural apareciese cuando existe un exceso de formación de líquido desde la pleura parietal, los espacios intersticiales del pulmón o la cavidad peritoneal o cuando disminuye su retirada por los linfáticos

### FACTORES DE RIESGO

- Neumonía Tuberculosis y otras enfermedades
- Infarto insuficiencia cardiaca pericarditis cirugía cardiaca reciente
- Inflamación o infección de la pleura
- Enfermedades del hígado
- Tumores
- Embarazo
- Artritis reumatoidea
- Lupus
- CA de mama, pulmón linfoma mesotelioma
- Lesión o traumatismo de tórax
- Radioterapia
- Embolia pulmonar
- Infecciones abdominales
- Cirugías
- Cardiaca, pulmonar abdominal
- Trasplante de órganos
- Medicamentos como: Nitrofurantoina, bromocriptina, amiodarona, procarbazona, metisergida.

## CUADRO CLINICO

La clínica dependerá en gran medida de la enfermedad de base :

- Trasudado: Disnea, ortopnea, nicturia y edemas maleolares.
- Exudado: Dolor, tos, cianosis, fiebre y taquicardia.

Para la presentación de disnea se requieren volúmenes grandes en pacientes con pulmones sanos, a diferencia de los pacientes con enfermedad pulmonar previa, en los cuales con pequeños volúmenes de derrame aparecen síntomas.

Ocasionalmente presentan dolor pleurítico por inflamación de la pleura parietal.

Al examen físico: Se puede encontrar taquipnea, respiración superficial, y los signos patognomónicos de derrame pleural como disminución de la expansión torácica, frémito vocal, matidez, disminución del murmullo vesicular e hipo ventilación.

## DIAGNOSTICO

- Fundamental la Historia Clínica y Exploración Física.
- Toracocentesis: Permite analizar el líquido realizando citología, bacteriología y bioquímica. Ideal para llegar a un diagnóstico y definir el manejo más adecuado del derrame pleural.
- Imagenología: Radiografía de Tórax PA y L. El derrame se hace visible en radiografía cuando es mayor de 75 ml, puede aparecer libre o lobulado.  
El hallazgo típico es el borramiento del ángulo costo frénico por una opacidad homogénea, cóncava hacia arriba, que indica una cantidad de líquido aproximada de 250 ml.  
La proyección decúbito lateral es de gran ayuda en derrames pequeños. En muchos casos la radiografía de tórax sugiere la etiología del derrame.
- Ecografía de Tórax: Puede dar más información en la detección de anomalías subpulmonares y subfrenicas, determina tabiques característicos del líquido.

También se utiliza para guiar la toracocentesis en derrames pequeños o loculados.

- Broncoscopia: También puede aportar información.
- Biopsia Transparietal o por toracosopia e incluso toracotomía
- T A C: Se utilizara en caso de que exista patología pulmonar asociada como infiltrados, nódulos, masas o atelectasias, o cuando se quiera definir mejor la localización anterior o posterior del problema, también será útil para diferenciar una lesión pleural de una lesión en parénquima pulmonar .

## TRATAMIENTO

Lo más importante es determinar si se trata de un exudado o trasudado es decir dependerá de la enfermedad causante.

Los trasudados responden al tratamiento de la causa subyacente.

La toracocentesis terapéutica solo se indica en derrame masivo que causa disnea severa.

El derrame pleural causado por enfermedad maligna, debe ser tratado con quimioterapia o radioterapia. Se puede intentar una pleurodesis química en aquellos pacientes que tienen derrame maligno persistente a pesar de la quimioterapia o radioterapia.

El derrame para neumónico no complicado responde a antibióticos sistémicos, en caso de empiema drenaje por un tubo de toracostomía.

El tratamiento del empiema debe cumplir tres requisitos: antibióticos, drenaje y obliteración del espacio pleural (expansión pulmonar)

En el caso de TBC pleural, el tratamiento es el mismo que para otras formas de TBC (tetra conjugado).

La Actinomicosis y la Nocardiosis pulmonar son tratadas por periodos prolongados con el antibiótico específico y con drenaje con tubo de tórax.

La Aspergilosis pulmonar debe manejarse con resección de la pleura comprometida más anfotericina B.

La pleuritis secundaria a infección viral resuelve espontáneamente en un par de semanas.

La Pleuritis Reumatoidea se maneja con AINES y en ocasiones con corticoides orales.

La Pleuresía lupica tiene un mejor respuesta al manejo con corticoides.

El derrame con embolia pulmonar, aunque sea hemorrágico, no contraindica la anti coagulación.

La mayoría de los hemotorax se drenan con sello de tórax. Se requiere toracotomía cuando no puede controlarse el sangrado o para tratar otras complicaciones del trauma torácico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Lawrence M. Enfermedades pleurales. En: Lawrence M, Tierney.S, Mc.Phee M, Papadakis A. Diagnóstico Clínico y Tratamiento 40 a ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2005. p. 292-295
2. López de la Iglesia J, García Andrés L. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria Guía de Atención Primaria. Editorial Casanova Barcelona (España); 2000
3. Braunwald E. Trastornos de la Pleura, el mediastino y el diafragma. En: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser S, Longo DL, Jameson LJ. Principios de Medicina Interna. 15 ed. España: Interamericana ; 2001 p. 1771 – 1775
4. Prieto DE, Posada P. Enfermedades de la pleura - Fundamentos de Medicina Neumología. 5 ed. Medellín (Colombia): Corporación Para Investigaciones Biológicas; 2001
5. [www.portales médicos.com/.../ Derrame- pleural- Apunte-de Neumología- Apunte de Medicina.html](http://www.portales_médicos.com/.../Derrame-pleural-Apunte-de-Neumología-Apunte-de-Medicina.html)
6. Céspedes E, Protocolo de Neumología. Primera ed. La Paz (Bolivia): Publicaciones Científicas; 2001
7. Graber MA, Lanternier ML. Manual de Medicina de Familia. Cuarta Edición. España: Ediciones Harcourt; 2003.
8. Donoso A, Leon J, Ramirez M, Rojas G. Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias. Area de cuidados criticos, Unidad de gestión clínica, Hospital Padre Hurtado Santiago de Chile. Disponible en : [www.scielo.cl/scielo.php?pid=SO717...script...](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=SO717...script...)
9. Porcel JM. Diagnostico diferencial del derrame pleural.Servicio Medicina Interna Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Barcelona España. Disponible en: [www.search.medica.es/search.do?...](http://www.search.medica.es/search.do?...)
10. Graber M, Lanternier. Manual de Medicina de familia. Universidad de Iowa. Ediciones Harcourt. Barcelona España. Cuarta edición;2003.

ALGORITMO DE MANEJO

