

<https://doi.org/10.52428/20756208.v11i27.521>

DERRAME PLEURAL MALIGNO, A PROPÓSITO DE UN CASO

MALIGNANT PLEURAL EFFUSION, ABOUT A CASE

Daniela Marlene Castro Canedo 1
Ariel Humberto Ramírez Rimaza 2

Fecha de Recepción: 05/07/16

Fecha de Aprobación: 07/07/16

Artículo Científico

RESUMEN

El derrame pleural se define como la acumulación patológica de líquido en el espacio situado entre las dos pleuras. El derrame pleural maligno es aquel que ocurre en el contexto de una neoplasia maligna, pudiendo originarse como consecuencia directa de dicho proceso o relacionarse indirectamente, el cual se conoce como derrame paraneoplásico.

La presencia de derrame pleural maligno conlleva un mal pronóstico, ya que representa un estadio tumoral avanzado. La disnea progresiva es el síntoma más común en pacientes con derrame pleural maligno seguido por la tos y el dolor de pecho.

El objetivo del tratamiento es paliativo, procedimientos locales como la pleurodesis para aliviar la disnea y mejorar la calidad de vida buscan evitar la toracentesis repetida en pacientes que no responden al tratamiento sistémico.

Palabras clave: Derrame pleural. Derrame pleural maligno. Derrame paraneoplásico. Pleurodesis.

ABSTRACT

Pleural effusion is defined as the pathological accumulation of fluid in the space located between the two pleura. Malignant pleural effusion (MPE) is what occurs in the context of a malignancy; it may arise as a direct result of this process or indirectly relate to it, which is known as paraneoplastic spill.

The presence of malignant pleural effusion carries a poor prognosis, since it represents advanced tumor stage. Progressive dyspnea is the most common symptom in patients with malignant pleural effusion followed by coughing and chest pain.

The goal of treatment is palliative, local procedures such as pleurodesis to relieve dyspnea and improve life quality aim to avoid repeated thoracentesis in patients unresponsive to systemic therapy.

1. Interna de medicina Hospital Arco Iris. Univalle La Paz. danymuu@hotmail.com

2. Especialista en Medicina Interna, Hospital Arco Iris La Paz - Bolivia. arielramirez@gmail.com

Keywords: Pleural effusion. Malignant pleural effusion. Paraneoplastic spill. Pleurodesis.

INTRODUCCIÓN

El cuadro de derrame pleural maligno se demuestra al presentar células malignas en el líquido pleural o en el mismo tejido (1) (2). El 42-77% de los exudados pleurales son secundarios a malignidad y son la primera causa de derrame pleural en pacientes mayores de 60 años; aproximadamente en el 50% de los pacientes el derrame pleural constituye el primer signo de cáncer, implicando mal pronóstico de aproximadamente 4 meses.

La decisión sobre el manejo en cada paciente será adecuada a la característica de formación del derrame en el tiempo y la afectación sistémica individualizada, la situación basal determinada por la funcionalidad cotidiana y por el índice de Karnofsky, considerando analgesia con morfina en algunos casos (3).

El mayor porcentaje de los derrames pleurales malignos lo constituye el tipo histológico de adenocarcinoma pulmonar (un tipo de carcinoma pulmonar no microcítico), uno de los dos grandes grupos en los que se clasifica el cáncer de pulmón.

Cuando nos enfrentamos a casos complejos, como la presencia de disnea asociada a derrame pleural maligno, debemos considerar las múltiples variables a la hora de elaborar la mejor estrategia de tratamiento posible para cada paciente (4) (5) (6). En el caso presentado se analizan los factores que condicionan la decisión terapéutica adoptada, y se orienta la forma de gestionar la coordinación de recursos para mantener dicho tratamiento ambulatorio.

REPORTE DE CASO

Paciente de sexo femenino, de 49 años de edad, procedente de La Paz y residente en la ciudad de Santa Cruz; antecedente de exposición a esmog ambiental, sin antecedentes médicos de relevancia; entre los antecedentes familiares: su hermana falleció hace 6 meses por neumopatía desconocida. Actualmente, acude por cuadro clínico de 6 meses de evolución de inicio insidioso, con incremento progresivo en los últimos 3 meses, dolor en hemitórax izquierdo de moderada intensidad, tipo pleurítico acompañado de disnea progresiva de

grandes a medianos esfuerzos, que se intensifica a pequeños esfuerzos, además de tos con expectoración mucosa, diaforesis nocturna y pérdida progresiva de peso estos últimos meses (aproximadamente 10 Kg).

Ante la intensificación del dolor, la paciente se automedica con analgésicos por vía intramuscular (no refiere nombre), y después de dicha acción, acude a consulta externa, decidiéndose su internación.

Una vez realizada su internación, ésta se encontraba en regular estado general, la piel y mucosas se encontraban levemente deshidratadas y pálidas. La tensión arterial fluctuaba entre 110/70mmHg; frecuencia cardíaca de 72 latidos por minuto; frecuencia respiratoria de 22 respiraciones por minuto; SatO₂: 90 c/O₂%.

Se observó tórax asimétrico por aumento a expensas de hemitórax izquierdo, presentando dolor a la palpación profunda; a la auscultación pulmonar, vibraciones vocales transmisibles; matidez a la percusión en hemitórax izquierdo, pectoriloquia áfona a la auscultación; murmullo vesicular abolido en hemitórax izquierdo a excepción de región apical anterior; murmullo vesicular conservado en hemitórax derecho; resto del examen físico normal. El hemograma mostró que el paciente presentaba anemia leve, VES acelerado. La función renal normal, coagulograma normal, proteínas totales: 7 g/dl, Albumina: 3,4 g/dl, HDL colesterol: 47 mg/dl, triglicéridos: 90 mg/dl.

Fue realizada una placa PA de tórax (Figura N° 1) donde se evidencia derrame pleural izquierdo. De esta forma se decide realizar pleurostomía con la obtención de 850 ml de líquido hemático; el cual se envía a estudios citoquímico y anatomopatológico, se deja pleurostomía a clampeo intermitente. Posteriormente, se realizó una placa PA de tórax de control (Figura N° 2), donde se pudo evidenciar disminución del derrame pleural y mejoría del cuadro clínico respiratorio.

Figura N° 1. Placa PA de tórax, derrame pleural izquierdo masivo



Fuente: Cortesía del Servicio de Imagenología - Hospital Arco Iris, gestión 2015.

Figura N° 2. Placa PA de tórax, derrame pleural izquierdo



Fuente: Cortesía del Servicio de Imagenología - Hospital Arco Iris, gestión 2015.

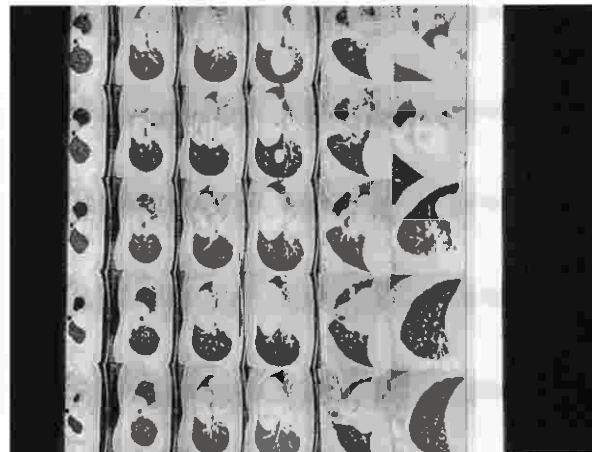
- Reporte citoquímico de líquido pleural: Al examen macroscópico (6 ml) se observó una coloración roja, y un aspecto opalescente. El examen microscópico mostró eritrocitos 12,050/mm³, leucocitos 3100/mm³, PMN 15%, MN 85%, Glucosa 56 mg/dl, Proteínas 5,6 g/dl, LDH 534 UI/l, según los criterios de Light, datos compatibles con Exudado. El reporte anatomopatológico mostró presencia de células con atipia marcada y hallazgos de neoplasia epitelial maligna.

Finalmente, la paciente se encuentra con evolución estacionaria con débito alto por tubo de pleurostomía, sin embargo aún está bajo manejo clínico con analgésicos y antibioticoterapia.

En el examen de neumología solicitado TC de tórax con contraste (Figuras N° 3 y 4), se puede observar el pulmón izquierdo con lesiones de

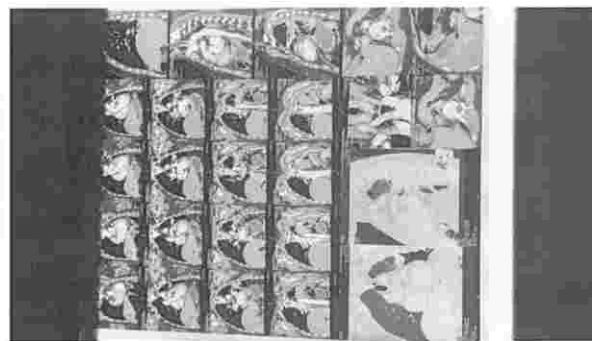
aspecto infiltrativo parenquimatoso de bordes irregulares a predominio de llingula y lóbulo inferior, y lesiones que justifican la re expansión pulmonar parcial.

Figura N° 3. TC de tórax con contraste, se observan lesiones de aspecto infiltrativo parenquimatoso de bordes irregulares a predominio de llingula y lóbulo inferior



Fuente: Cortesía del Servicio de Imagenología - Hospital Arco Iris, gestión 2015.

Figura 4. TC de tórax con contraste, se observan lesiones de aspecto infiltrativo parenquimatoso de bordes irregulares a predominio de llingula y lóbulo inferior.



Fuente: Cortesía del Servicio de Imagenología - Hospital Arco Iris, gestión 2015.

Fue realizado un estudio de fibrobroncoscopia, observándose engrosamiento de espolón izquierdo y supuración traqueal mínima, con resultado anatomopatológico de biopsia y aspirado bronquial con datos inflamatorios sin signos de atipia.

Se propone realizar videotoroscopia para biopsia dirigida y pleurodesis en el mismo acto, el cual se envía a estudio patológico.

Paciente en su décimo sexto día de internación y quinto día postoperatorio de videotoroscopia y toma de biopsia, se externa en mejores condiciones generales con menos datos de dificultad respiratoria, se retira tubo de pleurostomía con débito bajo con relación a toda su estancia hospitalaria (100 ml/24hrs). El resultado de la biopsia reporta: Adenocarcinoma. Se indica tratamiento paliativo, analgesia y controles por consulta externa por oncología, se explica pronóstico y sobrevida a corto plazo.

DISCUSIÓN

El derrame pleural maligno es de manejo paliativo e individualizado, enfocado al alivio de los síntomas de forma inmediata como a largo plazo. Aunque los síntomas mejoraran con la toracocentesis, un alto número de pacientes presentan re acumulación de líquido y recurrencia de los síntomas, de ahí la importancia de técnicas como la pleurodesis o el catéter tunelizado para mejorar la calidad de vida.

La pleurodesis es el proceso por el cual el espacio pleural es obliterado por inflamación inducida por medios químicos. Actualmente, la más utilizada y preferible es con talco a través de una toracosco-pía, como en el presente caso, para lograr aposición pleural mediante fibrosis.

Se considera una expectativa de supervivencia mayor a los 2-3 meses. Se describen muchos agentes para pleurodesis química. La Sociedad Torácica Americana y la Sociedad Respiratoria Europea recomiendan que la pleurodesis debe limitarse para pacientes con un líquido pleural con un pH superior a 7,30 debido a la correlación directa entre pH bajo y pobre supervivencia a corto plazo; en nuestro medio pocos laboratorios nos reportan el pH de líquido pleural, lo cual es muy importante para el pronóstico de supervivencia del paciente.

Los mejores resultados de la pleurodesis se obtienen cuando se realiza en un enfermo con diagnóstico confirmado de malignidad, Karnofsky > a 40 y esperanza de vida > a 3 meses, con disnea que

mejora después de evacuar un derrame de más de la mitad del hemitórax. Sin embargo, cavidades pleurales relativamente pequeñas pueden ocluirse por fibrosis después de la aplicación del agente esclerosante, como cualquier procedimiento invasivo tiene complicaciones.

CONCLUSIONES

El manejo paliativo e individualizado se aplica en el derrame pleural maligno, con alivio de los síntomas tanto de forma inmediata como a largo plazo. En el momento actual conocemos las consecuencias que conlleva la presencia de un derrame pleural, en el aparato respiratorio produce alteraciones ventilatorias restrictivas que pueden ser importantes y que guardan relación directa con el tamaño del derrame.

El síntoma fundamental que provoca el derrame pleural es la disnea, y mejora de forma muy marcada con la toracocentesis que es una técnica rápida, prácticamente inocua, si se realiza correctamente no aparecerán complicaciones como neumotórax iatrogénico y el edema pulmonar ex vacuo.

La pleurodesis es el procedimiento que cada vez está siendo más utilizado, hoy en día podemos mejorar la expectativa de supervivencia y calidad de vida de nuestros pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) TORO LG. Derrame pleural. Medicina y Laboratorio, 2009; 15(1-2):. 11-26
- (2) RODRÍGUEZ, E. P., BARRETO, D. B., & RIBERA, C. G. (2014). Aproximación al diagnóstico del derrame pleural. Medicine, 2014; 11(68), 4086-4092. [https://doi.org/10.1016/S0304-5412\(14\)70885-6](https://doi.org/10.1016/S0304-5412(14)70885-6)
- (3) MARTÍNEZ-MORAGÓN E, APARICIO J, SANCHIS J, MENÉNDEZ R, ROGADO M, C, SANCHIS F. Malignant Pleural Effusion: Prognostic Factors for Survival and Response to Chemical Pleurodesis in a Series of 120 Cases. Respiration 1998;65:108-113. <https://doi.org/10.1159/000029240>
- (4) IBARRA-PÉREZ C. Pleurodesis en derrame pleural maligno. Rev. Inst. Nal. Enf. Resp. Mex. 2005; 18(2): 123-131.
- (5) PORCEL, J. M., ESQUERDA, A., VIVES, M., & BIELSA, S. Etiology of pleural effusions: analysis of more than 3,000 consecutive thoracenteses. Archivos de Bronconeumología (English Edition), 2014, 50(5), 161-165. <https://doi.org/10.1016/j.arbr.2014.03.012>
- (6) MONTERO E., HERNÁNDEZ C., GARCÍA F. Consecuencias del derrame pleural. An. Med. Interna. (Madrid). 2006; 23(8): 389-392. <https://doi.org/10.4321/S0212-71992006000800010>

Copyright (c) 2016 Daniela Marlene Castro Canedo y Ariel Humberto Ramírez Rimaza.



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Usted es libre para Compartir —copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato— y Adaptar el documento —remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, incluso para fines comerciales, siempre que cumpla la condición de:

Atribución: Usted debe dar crédito a la obra original de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace de la obra.

[Resumen de licencia](#) - [Texto completo de la licencia](#)