

Manejo práctico del derrame pleural de causa desconocida

Practical Management of Pleural Effusion of Unknown Cause

Autor: Núñez Tomás

Médico de Planta, División Cirugía Torácica. Hospital de Clínicas. Universidad de Buenos Aires

El diagnóstico y tratamiento de los derrames pleurales unilaterales que por antecedentes y anamnesis se sospechan de origen neoplásico (falta de antecedentes médicos relevantes, brusca aparición, unilateralidad, gran volumen) plantea diversas cuestiones.

La primera es que las guías realizadas en EE.UU. para el manejo del derrame pleural neoplásico son de difícil aplicación en nuestro medio¹ y fácilmente se pueden encontrar por lo menos dos realizadas por equipos no multidisciplinarios (generalmente sin oncólogos ni cirujanos). En efecto, dejan de lado aquellos originados por neoplasias que no sólo pueden ser tratadas, sino incluso curadas, como en este caso particular.

La segunda y también relevante es la falta en nuestro medio de soporte domiciliario para la mayoría de los enfermos que se podría manejar en forma ambulatoria.

La tercera es la falta y eventual alto costo de los drenajes pleurales aptos para tunelizar. La opción del drenaje tunelizado o de larga permanencia corresponde, a mi criterio y al de la mayoría de los cirujanos torácicos de nuestro medio, a la eventualidad de un caso de “trapped lung”, que es la falla de reexpansión del parénquima luego de la imprescindible toracocentesis evacuadora (preferentemente extrayendo la mayor cantidad de líquido posible). Los oncólogos de nuestro medio, además suelen ser renuentes a administrar quimioterapia a enfermos con drenajes pleurales. La falta de mejoría de la disnea luego de tal toracocentesis obliga a sospechar linfangitis carcinomatosa.

Por lo antedicho siempre hemos recomendado la rápida evaluación y tratamiento de este tipo de efusiones. Inmediatamente después de la toracocentesis indicamos realizar una TC con contraste endovenoso que, en la mayoría de los casos, permite evaluar las condiciones de la pleura parietal y la reexpansibilidad pulmonar. Aunque el enfermo tuviera antecedentes de un tumor previo, sugerimos firmemente la videotoracoscopia, biopsia de pleura con patólogo en el quirófano e inmediata pleurodesis sólo en caso de demostrarse neoplásico (con talco u otras sustancias disponibles). En la época actual, varios enfermos con diagnóstico presuntivo de derrame neoplásico presentaron en realidad tuberculosis pleural, con nódulos que imitan a los tumorales. El curso de acción antedicho asegura el rápido diagnóstico, la prevención de la recidiva y la posibilidad de enfrentar el tratamiento de base en mejores condiciones.

Si, por ejemplo, se hubieran realizado varias maniobras contaminantes, con empiema como resultado, se habrían comprometido seriamente las posibilidades de realizar quimioterapia por su efecto inmunosupresor.

Cabe recordar además que la pleurodesis se produce por el efecto inflamatorio sobre ambas pleuras de la sustancia utilizada, hecho que debe ser tenido muy en cuenta si se requiere realizar PET-TC dentro de los 30-60 días del procedimiento por la distorsión que puede provocar en los resultados.

Finalmente, en caso de falla de reexpansión pulmonar corresponde siempre realizar una broncoscopia flexible a fin de descartar compromiso obstructivo intrínseco o extrínseco de la vía aérea, eventualmente subsanable por vía endoscópica.

Bibliografía

1. Feller-Kopman DJ, Reddy CB, DeCamp MM, et al. Management of Malignant Pleural Effusions. An Official ATS/STS/STR Clinical Practice Guideline. *Am J Respir Crit Care Med.* 2018; 198(7): 839-49.