

## MASAS PULMONARES Y DERRAME PLEURAL EN PACIENTE CON ANTECEDENTE NEOPLÁSICO

María José Muñoz, Marta Núñez Fernández, David Barros Casas\*

Hospital Xeral Cíes de Vigo. \* Alumno de 6º curso de Medicina de la Facultad Autónoma de Madrid

### Resumen

El derrame pleural y las masas pulmonares son hallazgos habituales en la práctica clínica en Neumología. Se describe el manejo de un caso de un varón con antecedentes neoplásicos y este hallazgo en la radiografía de tórax.

#### **PALABRAS CLAVE**

Derrame pleural. Masas pulmonares. Toracocentesis.

#### *Correspondencia:*

María José Muñoz, Marta Núñez Fernández, David Barros Casas

Hospital Xeral Cíes de Vigo. C/ Pizarro, 22. 36204 Vigo

E-mail: mjosemuma@terra.es

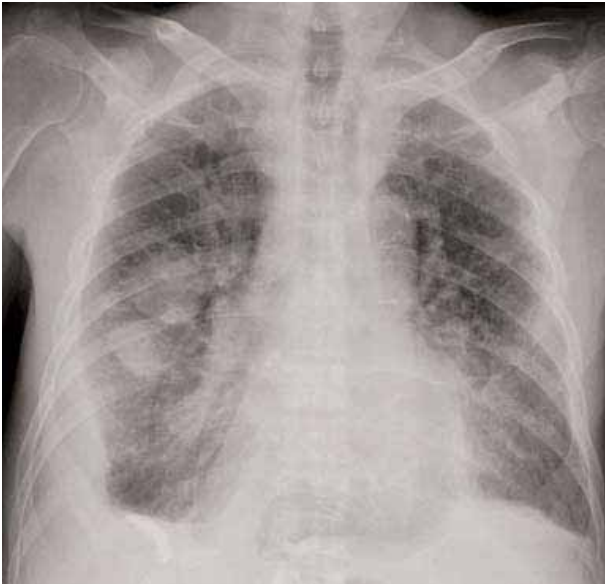
Pneuma 2006; 5: 171 - 172

En las guías clínicas<sup>1-4</sup> sobre el derrame pleural y en los manuales de urgencias están claras las indicaciones de toracocentesis, no así el tiempo que debe transcurrir desde el diagnóstico radiológico hasta la toracocentesis diagnóstica. En la práctica diaria, ante un paciente con derrame pleural y datos clínicos o analíticos de infección, la extracción de líquido pleural para su análisis se realiza en el área de urgencias, mientras que cuando se sospecha enfermedad neoplásica la toracocentesis suele hacerse en el área de hospitalización. No está claro por tanto el momento en el que esta prueba debe llevarse a cabo, por este motivo presentamos un caso de derrame pleural y masas pulmonares en un paciente con antecedentes de dos enfermedades neoplásicas, donde la realización de una rápida prueba diagnóstica pudo modificar el pronóstico del enfermo.

Se trataba de un varón de 70 años con antecedente de cáncer de próstata en tratamiento hormonal, cáncer de esófago intervenido con cirugía radical y cardiopatía hipertensiva que acudió por malestar general y disnea súbita, sin otros síntomas. En la exploración física des-

taaba un buen estado general, estaba estable hemodinámicamente, afebril y con 22 rpm. Se realizó en urgencias una radiografía (RX) de tórax (figura 1) donde se observó un derrame pleural bilateral de predominio derecho y dos masas pulmonares homolaterales. En la analítica destacaba un leucocitosis de  $28.700 \times 10^3/\mu\text{L}$  con desviación izquierda, hematocrito 27%, plaquetas  $597 \times 10^3/\mu\text{L}$ , ratio protrombina de 1,29 y fibrinógeno 529 mg/dL. Inicialmente la sospecha fue de un derrame pleural de probable etiología maligna, lo que podría justificar los reactantes de fase analíticos. Dada la escasa repercusión clínica la realización de la toracocentesis podría demorarse al día siguiente en el área de hospitalización, con el fin de minimizar las medidas agresivas y mejorar el enfoque diagnóstico por parte del especialista en neumología. Ante la clínica de disnea brusca en un paciente con enfermedad neoplásica, se realizó una angioTAC (Tomografía Axial Computerizada) con el objetivo de descartar la presencia de un tromboembolismo pulmonar. Se objetivó un derrame pleural bilateral, de predominio derecho con dos loculaciones y una condensación contralateral (ver figura 2). Por este motivo se

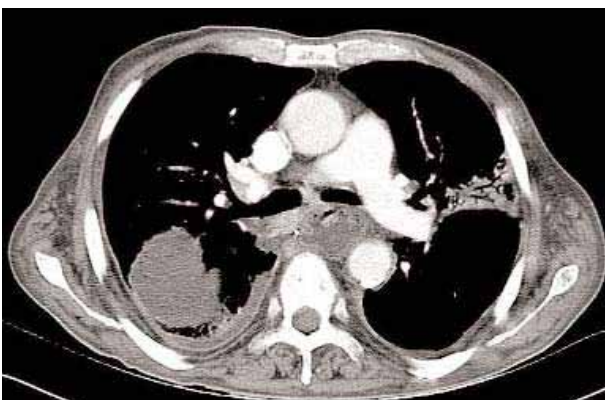
Figura 1. Rx de tórax.



llevó a cabo una toracocentesis diagnóstica que mostró un líquido claro, amarillento, con 500 leucocitos/mm<sup>3</sup> (90% polimorfonucleares y 10% mononucleares), hemátíes 80/mm<sup>3</sup>, glucosa <20 mg/dL, proteínas 3,8 g/dL, amilasa <30 U/L, PH 6,8, ADA 39 UI/L, LDH 5086 UI/L y abundantes cocos gram positivos en el gram directo. Se trataba de un exudado que de acuerdo con los criterios de Light modificados<sup>5</sup>, se correspondería con un derrame pleural complicado complejo, por tanto subsidiario de tratamiento antibiótico y drenaje urgente.

En las recomendaciones<sup>6</sup> sobre el manejo del derrame pleural no se contempla el tiempo máximo que debe transcurrir desde la sospecha diagnóstica del derrame pleural y la toracocentesis diagnóstica. Sin embargo, existen indicaciones que sugieren que esta debe ser temprana, en horas, sobre todo si se sospecha etiología hemorrágica o infecciosa por la posible necesidad de drenaje mediante un tubo de tórax.

Figura 2. TAC torácico.



En este caso, el debut clínico con disnea brusca, los antecedentes oncológicos y la presencia de masas pulmonares y derrame pleural en la RX de tórax obligó a descartar un tromboembolismo pulmonar. La TAC torácica demostró que las masas pulmonares no eran más que lóculos de líquido pleural complicado, que deben incluirse en el diagnóstico diferencial de las masas y nódulos pulmonares<sup>7</sup>.

En conclusión, se pone en entredicho que ante la sospecha de derrame pleural maligno, la toracocentesis deba realizarse en la planta de hospitalización, con la demora que esto supone, en lugar de en el área de urgencias en el momento del diagnóstico radiológico, ya que son pacientes inmunodeprimidos y la etiología infecciosa debe tenerse siempre en cuenta a pesar de la ausencia de fiebre.

## Bibliografía

1. G Antunes. E Neville. J Duffy and N Ali. *BTS guidelines for management of malignant pleural effusions. Thorax 2003; 58; 29-38.*
2. N A Maskell and R J A Butland. *TS guidelines for investigation of a unilateral pleural effusion in adults. Thorax 2003; 58; 8-17.*
3. *ATS. Management of Malignant Pleural Effusions. Am J Respir Crit Care Med. March 2000; 162; 1987-2001.*
4. Villena Garrido V, Ferrer Sancho J, Hernández Blasco L, de Pablo Gafas A, Pérez Rodríguez E, Rodríguez Panadero F, Romero Candiera S, Salvatierra Velásquez A y Valdés Cuadrado L. *Diagnóstico y tratamiento del derrame pleural. Arch Bronconeumol 2006; 42: 349- 372.*
5. Light RW. *A new classification of parapneumonic effusions and empyema. Chest 1995; 108(2): 299-301.*
6. Chapman SJ, Davies RJ. *The management of pleural space infections. Respirology 2004; 9(1): 4-11.*
7. Felson B. Reeden M. *Gamuts in radiology. Second edition. Comprehensive List of Roentgen differential diagnosis. 87-070708. 1987. 554-555.*