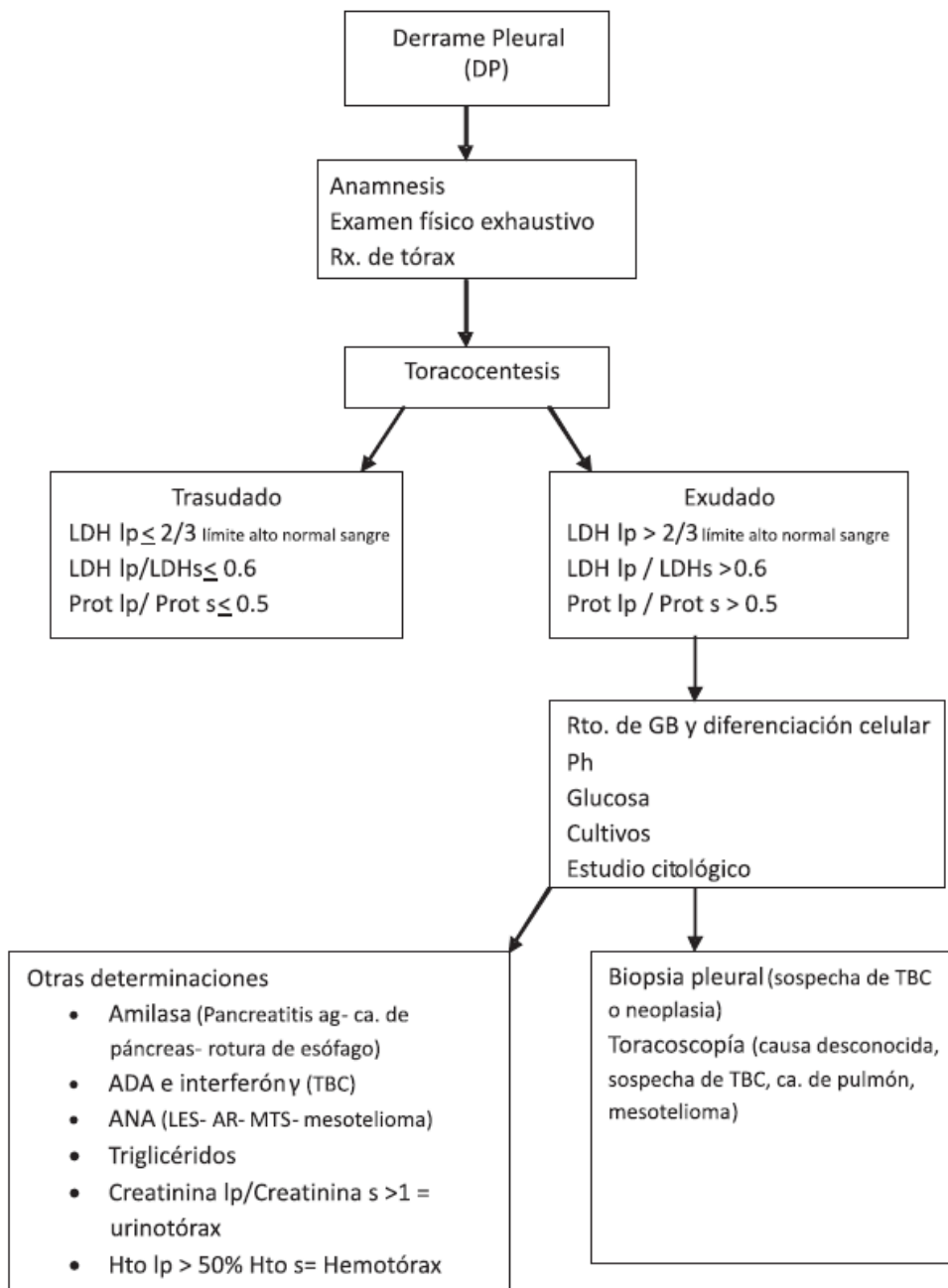


# ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS

FICHA Nº 1

Dra. Silvia I. Falasco

## ALGORITMO DIAGNÓSTICO DEL DERRAME PLEURAL



lp= líquido pleural; s= sangre; ANA= anticuerpos antinucleares; LES= lupus eritematoso sistémico; AR= artritis reumatoidea; MTS= metástasis

El 50% de los DP son asintomáticos. Los síntomas están en relación al volumen, velocidad de instauración y etiología (Disnea, Tos seca, Dolor torácico). La Rx. de tórax (frente y perfil) es la herramienta diagnóstica inicial más importante, objetiva DP en incidencia anteroposterior de 200 ml y en el perfil (seno posterior) de 75 ml. Puede haber localizaciones atípicas como DP subpulmonar, cisural y mediastínico.

La punción pleural está indicada en el estudio inicial de casi todos los DP, excepto cuando el paciente presenta alguna alteración de la coagulación no corregible, o en el contexto de una enfermedad en que se lo vincule a trasudado (ICC, Síndrome Nefrótico, Cirrosis, IRC) en cuyo caso tratar primero la causa y ver la evolución del DP para decidir conducta. Se requiere más de 10 mm de espesor en la Rx. de tórax lateral para punzar (guiar por ecografía los DP más pequeños o tabicados).

Los criterios de LIGHT'S todavía hoy son el Gold Standard para diferenciar Trasudado de Exudado. Se usarán los nuevos criterios en pacientes con ICC en tratamiento con diuréticos donde los criterios de LIGHT'S dan un falso positivo para Exudado. Éstos son, para Trasudado, LDH  $lp \leq 45\%$  del límite superior normal, colesterol  $lp \leq 45$  mg/dl, proteínas  $lp \leq 2.9$  g/dl.

Predominio de linfocitos en DP (TBC- Neoplasia- Linfoma- Sarcoidosis- Enfermedades reumáticas-Quilotórax), PMN (Procesos agudos- Derrame paraneumónico- pancreatitis- Absceso subfrénico-TEP- Inicio TBC pleural), Eosinófilos (Aire- Sangre- Asbestosis- Drogas- Sme. de Churg Strauss- Neumonía eosinofílica- TEP- Micosis- Parásitos- DP maligno), Basófilos (cuando es  $> 10\%$  sospechar Leucemia).

El Ph normal es 7.64. Ph bajo se observa en: Empiema, DP paraneumónico, TBC, DP maligno, Enf. del Colágeno (LES-AR), Ruptura esofágica. Glucosa  $< 25$  mg/dl: Empiema, DP paraneumónico, TBC, DP maligno con extenso compromiso pleural, AR. La citología es (+) en un 40-70% de los casos de MTS pleurales (los más frecuentes, Cáncer de Pulmón, Mama y Linfomas). Realizar coloración de Gram y Ziehl Neelsen, cultivos (gérmenes comunes, BAAR, Micológico).

El valor de corte de ADA (Adenosín deaminasa) en Lp es 40 U/l. Es positivo no sólo en la TBC sino también en DP paraneumónicos, Empiemas, DP malignos, AR, LES. Puede no aumentar en el SIDA. TG  $> 100$  mg/dl, colesterol  $< 200$  mg/dl, Quilomicrones, caracterizan al Quilotórax.

La Toracoscopia tiene una sensibilidad del 94% y una especificidad del 100% para cáncer. El estudio citológico del lp asociado a la biopsia alcanza una sensibilidad del 90%.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.Porcel JM, Rubio Caballero M. Evaluación diagnóstica del derrame pleural. Med Clin (Barc) 2004;123(11):426-32.
- 2.Villena Garrido V, Ferrer Sancho J, Hernández Blasco L, de Pablo Gafas A, Pérez Rodríguez E, Rodríguez Panadero F, et al. Diagnóstico y tratamiento del derrame pleural. Arch Bronconeumol. 2006;42(7):349-72.
- 3.Rodríguez Panadero F, Aguilar Pérez M, Muñoz Moya MA, Asensio Cruz MI. Manejo de la patología pleural. Arch Bronconeumol. 2009;45(Supl 3):22-27.
- 4.McGrath EE, Anderson PB. Diagnosis of Pleural Effusion: A Systematic Approach. Am J Crit Care 2011;20:119-128 doi: 10.4037/ajcc2011685.
- 5.Roberts ME, Neville E, Berrisford RG, Antunes G, Ali NJ. Management of a malignant pleural effusion: British Thoracic Society pleural disease guideline 2010. Thorax 2010;65(Suppl 2):ii32-ii40. doi:10.1136/thx.2010.136994.
- 6.Rodríguez Panadero F. La toracoscopia hoy: indicaciones y procedimiento. Arch Bronconeumol 2004;40(Supl 6):49-54.