

# DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL DERRAME PLEURAL MALIGNO

*Cristobal Medina Chamorro*

Hospital de Enfermedades del Torax Dr. Sagaz.  
JAEN

Actualmente está bien establecido que las pleuresias malignas, clásicamente conceptuadas como hemorrágicas, se presentan al menos la mitad de los casos como derrames de líquido claro. Pero sólo el 22% de los derrames serosos son malignos.

El diagnóstico de derrame pleural maligno debe comenzar por la historia clínica, que es esterotipada: disnea progresiva en relación con la cantidad de líquido; dolor que es muy frecuente, suele ser sordo y pungitivo aunque a veces es intenso. El empeoramiento del estado general provocado por la pérdida de proteínas y electrolitos no es siempre precoz aunque existen formas floridas, pero también otras bien toleradas durante meses. La alta frecuencia de recidiva rápida del líquido tras la punción, característica habitual de las pleuresias malignas da lugar al agravamiento del cuadro antedicho a la vez que la persistencia del derrame favorecen el engrosamiento pleural y la encarceración del pulmón subyacente.

El diagnóstico de malignidad puede ser sospechado frecuentemente por la radiología, por lo que después de la evacuación del líquido deben practicarse radiografías no solo en bipedestación sino también decúbitos laterales incluso del lado sano que pueden demostrar la lesión original.

El estudio bioquímico clásico del líquido pleural no se ha mostrado muy efectivo en la orientación de la etiología de los derrames en general y de los malignos en particular. Ultimamente la gasometría del líquido aporta nuevos datos orientativos. Sin embargo un solo dato indirecto

aislado no sirve de ayuda, pero si un conjunto de ellos coinciden, indicándonos una etiología determinada, nos llevará a seguir un camino exploratorio del que podamos esperar resultados favorables.

Tanto las cifras de glucosa, proteínas, LDH y otros enzimas parecen no tener valor significativo en los derrames malignos. Si bien las proteínas y LDH diferencian conjuntamente los exudados de los trasudados. Únicamente algunos estudios parecen dar valor al índice ALFA 2 líquido/ALFA 2 sangre con valor de 0'5 para malignos.

La gasometría del líquido pleural tiene un dato orientativo en el pH que está alrededor de 7'40 para los exudados malignos recientes con progresiva acidificación en sucesivas determinaciones. La pO<sub>2</sub> es extraordinariamente variable y la pCO<sub>2</sub> parece seguir un descenso en sucesivas punciones.

Las células no tienen un valor diagnóstico ya que tanto en los malignos como en los tuberculosos existe linfocitosis.

La ECOGRAFIA es un complemento de la radiología permitiendo una medida milimétrica del espesor de la pleura pudiéndose diferenciar el líquido de las masas tumorales

El CITODIAGNOSTICO y la PUNCION BIOPSIA PLEURAL por su simplicidad, inocuidad y rendimiento son instrumentos de rutina del diagnóstico de la malignidad.

Los dos métodos son complementarios y dan un resultado de malignidad en un porcentaje elevado del orden del 70% + 20% según MIGUERES.

Se expresan a continuación los datos recopilados de la literatura para citodiagnóstico, punción biopsia solos y combinados

		Casos	Citod (%)	PBP	Cit. + PBP
CHRETIEN	1967	178	52	77'5	
LORANGE	1969	66	17'3	35'6	43'9
BOUTIN	1972	98	25	55	
LOIRE	1974	330	41-45	80	
VON HOFF	1975	90	43	48	
SALYER	1975	95	73	56	90
LODDENKEMPER	1978	49	45	49	
FRIST	1979	44	98	36	
BOUTIN	1979	76	30	50	
MIGUERES	1980	237	42'2	46	56

Es evidente que las distintas series estadísticas son difícilmente comparables por los diversos factores de todo tipo que entran en juego.

Los estudios recientes de LODDENKEMPER, JOOP y BOUTIN entre otros señalan la superioridad y el interés práctico de la toracoscopia para el diagnóstico de las pleuresias neoplásicas son orientación etiológica.

Un 5'5 de los derrames ipsilaterales del carcinoma broncogénico con citología negativa no son de origen neoplásico como afirma Decker. El derrame pleural maligno convierte a un carcinoma broncogénico en irresecable salvo en los citados casos. La toracoscopia permite descubrir buen número de los derrames reaccionales puros que se pueden beneficiar de una exeresis. VOGT-MOYKOPF descubre en 390 pleuresias satélites de cancer bronquial 48 reaccionales y en 34 realizó exeresis.

La rentabilidad de la toracoscopia según los diversos autores es:

LLOYD	1952	74%
BRANDT	1971	97%
DE CAMPL	1973	94%
SWERINGA	1974	95%
CANTO	1977	94%

Superando con mucho la de los métodos ciegos.

La toracotomía exploradora es el último recurso ya que con el progreso de las técnicas quirúrgicas y anestésicas el riesgo operatorio es mínimo y la exploración que permite fructífera. En alguna ocasión se puede unir a las maniobras diagnósticas la posibilidad de reseca un tumor localizado.

De todas formas los fallos y los límites de los métodos revisados suscitan la búsqueda de variantes técnicas mas rentables, precisas y fiables. Así en

#### CITODIAGNOSTICOS:

Filtros miliporos

Técnicas citoquímicas y cito-enzimológicas.

Estudio citogenético con anomalías de Cariotipo.

Microscopia electronica de barrido.

**BIOPSIA PLEURAL:**

Histoquímica.  
Histoenzimología.  
Estudio ultraestructural.

Estas técnicas de interés innegable pero muy sofisticadas, largas y costosas no son asequibles y se limitan a laboratorios de investigación, no teniendo en la práctica mas que un lugar muy limitado.

En cuanto al tratamiento es evidente que la afectación neoplásica de la serosa pleural bien sea de naturaleza secundaria o primitiva puede beneficiarse de la estrategia antitumoral de conjunto que ha sido elegida. Pero el derrame pleural por si solo a menudo plantea dificultades terapéuticas particulares.

Los criterios de evaluación del tratamiento son muy diversamente encarados por los distintos autores, lo que contribuye a complicar la apreciación de los diferentes métodos terapéuticos.

La pleuresia puede estar aislada en apariencia o manifiestamente asociada a masas tumorales pulmonares o mediastínicas.

Así hemos visto que en un carcinoma bronquial la pleuritis puede no ser de naturaleza metastásica sino ser simplemente una reacción irritativa de la serosa por atelectasia parenquimatosa o manifestación de una descompensación cardiovascular renal o nutricional indirectamente ligada a neoplasia o sin relación con ella. Los objetivos terapéuticos tienden a prevenir la reproducción del líquido y evitar la retracción pulmonar.

La multiplicidad de los métodos empleados expresan que no hay una solución enteramente satisfactoria.

La TORACENTESIS habrá de repetirse frecuentemente y por tanto con riesgo de infección y neumotorax con evolución hacia la retracción pulmonar.

Se han empleado instilaciones locales de:

**ANTINEOPLASICOS**

Clorometina (Mostaza N)  
Tiothepa  
5-Fluoracilo  
Dactinomicina  
Hidroxiurea  
Daunorubicina.

### RADIOISOTOPOS

Au 198

P 32

I 131

Lu 177

### ANTIMICROBIANOS

Mepacrina (Quinacrina)

Tetraciclina

Todos ellos tienen como fin la producción de la pleurodesis con la consiguiente obliteración del espacio pleural, lo que impide la reacumulación de líquido. Actualmente existe mayor tendencia a usar los antimicrobianos. La MEPACRINA es eficaz en un 70% pero produce efectos secundarios como alucinaciones, hipotensión, fiebre y dolor además de tener el inconveniente de tener que usarse varias veces consecutivas. El uso de las Tetraciclinas en derrames malignos fue introducido por RUBINSON y BOLOKI en 1972. Lo estudian en doce enfermos con buen resultado en 10 de ellos. La eficacia de las TTC radica al parecer en su pH bajo (2-3'5).

Tienen las siguientes ventajas:

- No interfieren con quimioterápicos ni radioterapia.
- Mínimo dolor pleural. Reacción febril leve.
- Procuran protección antibiótica.
- Pleurodesis firme.

WALLACH (1975) la usa en 7 enfermos con una recidiva. BAYLI (1978) en 12 con los resultados satisfactorios.

El TALCAJE es defendido por la escuela marsellesa de SCARBONCHI y BOUTIN. Estos autores utilizan talco en 21 enfermos obteniendo 20 resultados positivos.

En nuestro país CANTO realiza talcaje tras pleuroscopia obteniendo buenos resultados.

En la última revisión efectuada correspondiente a los años 80-81, de derrames pleurales malignos y que no ha podido ser ampliada para esta publicación con los casos sucesivos, pero que serán objeto de un posterior trabajo, se recojen 15 de ellos con el fin de estudiar las gasometrías del líquido pleural y los resultados de los tratados con instilación local de tetraciclinas.

En el siguiente cuadro se desglosa la distribución por edades y sexos (Cuadro 1):

**CUADRO 1**  
**DERRAME PLEURAL MALIGNO**

Años 1980-81  
 N° de Casos ... 15  
 Sexo            6 V  
                   9 H

Edades límite entre 22-86 años  
     Entre 20-40 .. 3 casos  
     "   40-60 .. 6   "  
     "   60-90 .. 6   "

Los diagnósticos se clasifican en el (Cuadro 2):

**CUADRO 2**  
**DPM: DIAGNOSTICO ETIOLOGICO**

Carcinoma bronquial ..... 9 Casos  
 Carcinoma embrionario..... 1   "  
 Met. neoplasia de mama..... 3   "  
 Met. neoplasia prostata..... 2

El tipo de exudado que predomina es el hemático (Cuadro 3):

**CUADRO 3**  
**DPM: CLASIFICACION DEL EXUDADO**

HEMATICO..... 7 Casos  
 SEROHEMATICO..... 4   "  
 SEROSO..... 4   "

En cuanto a las citologías del líquido pleural son frecuentemente negativas (Cuadro 4):

#### CUADRO 4

##### DPM: CITODIAGNOSTICO

CITOLOGIA POSITIVA	5 Casos
CITOLOGIA NEGATIVA	10 „
RENDIMIENTO ....	33,3%

Se expresan a continuación las gasometrías obtenidas inmediatamente después de la punción pleural (Cuadro 5):

#### CUADRO 5

##### Derrame pleural maligno: Gasometria.

Caso	pH	pH	pCO2	pO2
1	7'47		30'9	39'9
„	2	7'43	32'9	30'2
„	3	7' = &	40'8	35'5
„	4	7'38	38'2	37'1
		7'36	31'8	38'5
„	5	7'43	46'7	21'4
		7'38	35'8	36'9
„	6	7'37	46'9	34'5
„	7	7'29	43'8	39'8
		7'29	36'5	36'7
„	8	7'42	40'7	47'7
		7'41	31'8	60'3
„	9	7'44	73'4	29'3
		7'49	43'9	33'5
		7'45	40'6	29'2
„	10	7'63	27'5	21
„	11	7'46	28'8	23
„	12	7'36	33'7	23'3
„	7,36	44'8	26'4	
„	14	7'41	37'6	34'2
„	15	7'39	45'4	39'8

Los valores estadísticos correspondientes a estas cifras se resumen en el (Cuadro 6):

**CUADRO 6**  
**DERRAMES PLEURALES MALIGNOS**

**GASOMETRIA**

pH	....	Media 7'410 D.T. 0'073 Coeficiente variación ..0'01
pCO2	..	Media 39'643 D.T. 9'790 Coeficiente variación 0'247
pO2	....	Media 34'20 D.T. 9'245 Coeficientes variación 0'27

Siendo la media obtenida en el pH muy significativa, sin embargo las cifras de pCO2 y pO2 no son significativas.

Se realizaron en 8 enfermos con derrame pleural maligno recidivante tratamiento con instilación local intrapleural de Tetraciclinas, siendo los resultados favorables en tres casos (ausencia posterior de derrame) y negativo en cinco de ellos.

Sin embargo el corto número de enfermos tratado no permite ninguna conclusión al respecto, hasta que no sea ampliado con los realizados en los dos últimos años.