

Derrame Pleural maligno - Revisión Bibliográfica.

Dr. Fernando Cano P.*, Dr. César Narvaez P.***, Dr. José Salvatierra M.***

* Jefe de Servicio de Neumología SOLCA Guayaquil

** Postgrado de Medicina Interna R3 ION SOLCA

*** Jefe de Médicos Residentes ION-SOLCA

ABSTRACTO

Derrame pleural maligno son comúnmente problemas clínicos en pacientes con enfermedad neoplásica. (1) El síntoma más frecuente es la disnea, su diagnóstico se logra en la mayoría de los casos con radiografía de tórax y eco de pleura. El tratamiento son la toracocentesis, tubo de tórax y la pleurodesis.

La terapia paliativa debe ser considerada para mejorar sus síntomas, estado general y funcional, y expectativa de vida.

Palabra clave: Derrame pleural maligno

ABSTRACT

Malignant pleural effusions are a common clinical problem in patients with neoplastic disease. Dyspnea is the most common symptom. The Diagnostic is made with X Ray and Pleural Ecography. The Treatment are thoracentesis, chest tube drainage and pleurodesis.

Palliative therapy should be considered, necessitating evaluation of the patient's symptoms, general health and functional status, and expected survival.

Key Word.: Malignant Pleural Effusions

ETIOLOGÍA Y PATOGÉNESIS

Aproximadamente todas las neoplasias que han sido reportadas comprometen a la pleura en un gran número de estudios, sin embargo, Carcinoma de pulmón ha sido la neoplasia más común, a continuación el Ca. Mama es la segunda causa más común. Los linfomas, incluyendo la Enfermedad de Hodgkin y no Hodgkin son también causas importantes. Los Carcinomas de Ovarios y Gastrointestinal son menos frecuentes.

El 5 -10% de los derrames malignos de tumor de primario desconocido son identificados o reportados. (2 - 3).

La incidencia de Mesotelioma varía de acuerdo a su localización geográfica.

Los posibles mecanismos incluyen:

-Invasión directa del tumor (Cancer de pulmón, neoplasia) de la pared torácica y carcinoma de mama.

Correspondencias y Separatas:

Dr. Fernando Cano P.
Servicio de Neumología
ION Solca - Guayaquil
Avda. Pedro Menéndez Gilbert junto a la Atarazana
Guayaquil - Ecuador

©Los derechos de autor de los artículos de la revista Oncología pertenecen a la Sociedad de Lucha contra el Cáncer

-Diseminación hematológica a la pleura parietal y complicación linfática.

-Un tumor maligno puede causar derrame pleural directa o indirectamente.

-Interferencia con la integridad del sistema linfático entre la pleura parietal y linfa mediastinal pueden resultar formación de fluidos pleural. (2 - 3).

-Complicaciones directas del tumor con la pleura puede también contribuir a la formación de derrame pleural.

-Cambios inflamatorios locales en respuesta a una invasión tumoral puede causar incremento de la permeabilidad capilar. (3)

-El término derrame paramaligno es reservado por estos derrames que son resultados directos de complicación neoplásica de la pleura, pero esta todavía seleccionados por el tumor. (6)

-Finalmente enfermedades no malignas como es el caso de ICC puede contar con derrame.



CASOS DE DERRAME PLEURAL MALIGNO EN ION SOLCA GUAYAQUIL DESDE ENERO 2002 - OCTUBRE 2003

	EDAD	SEXO	CITOLOGIA	
ADK De Pulmón	40-90 años	M-F	+	F=5 M=8-> 13
Ca de mama	40-80 años	F	+	F=8-> 8
LNH	30-50 años	M-F	+	F=3 M=3-> 6
ADK de primario desconocido	20-80años	M-F	+	F=6 M=2-> 8
ADK gástrico	40-70 años	M-F	+	F=1 M=3-> 4
Otras causas	30-90 años	M-F	+	F=4 M=2-> 6
TOTAL				F=27 M=18-> 45

Cuadro Clínico

La disnea es el síntoma más frecuente, ocurre en más de la mitad de los casos, (2) porque en estadios avanzados de esta enfermedad primaria algunos pacientes también presentan síntomas generalizados como pérdida de peso, anorexia. Adicionalmente se presentan síntomas de dolor torácico que se ve comúnmente en Mesotelioma, historia de hemoptisis es muy sugestiva de Carcinoma Broncogénico. (7).

Técnicas de Imagen

La mayoría de los pacientes con derrame pleural maligno tienen algún grado de disnea y su radiografía de tórax (Figura No1) muestra de moderada a gran derrame que varía de 500-1200ml, (2) mientras que tan solo el 10% de los pacientes tiene derrame masivo, el 15% de los pacientes podrían tener derrame <500ml que pueden estar relativamente asintomáticos.

Otros investigadores no han encontrado relación entre el pH pleural y sobrevida.

Los autores han concluido que el pH pleural tiene una insuficiente exactitud pronóstica para los pacientes con pleurodesis

Otras técnicas es la Tomografía puede identificar derrames pequeños no reconocidos.(8) (Figura No2)

Eco puede ayudarnos a la identificación de derrames y pueden guiar a la toracocentesis.(9) (Figura No3)

La resonancia magnética esta limitado puede ser de mucha ayuda para evaluar la extensión y compromiso del tórax en la pared torácica. (10 y 11)

Otra técnica que se utiliza pero hay muy poca información es acerca del uso del Fluorodeoxiglucosa positon de emisión topográfica (PET scanning) es útil en la evaluación de la enfermedad maligna de Mesotelioma. (12)

Diagnóstico

La toracocentesis se debe hacer a cualquier persona con derrame uni o bilateral y corazón de tamaño normal se deben ordenar

exámenes de fluidos cuando se considera malignidad, se cuenta las células nucleadas, proteínas y deshidrogenasas láctica, glucosa, amilasa y citología.

No hay contraindicaciones absolutas pero si relativas y son derrame menor a un centímetro, diátesis hemorrágicas, anticoagulación y respiración mecánica.

Las complicaciones de la toracocentesis son neumotórax, sangrado, laceración de hígado o bazo. Casi todos los derrames malignos son exudados pero hay muy pocos trasudados.

Derrame maligno con bajo pH y concentración de glucosa han mostrado tener un alto diagnostico inicial por examen citológico, una peor sobrevida y peor respuesta con Pleurodesis. (13).



Figura No 1
Rx. Opacidad Basal Derecha

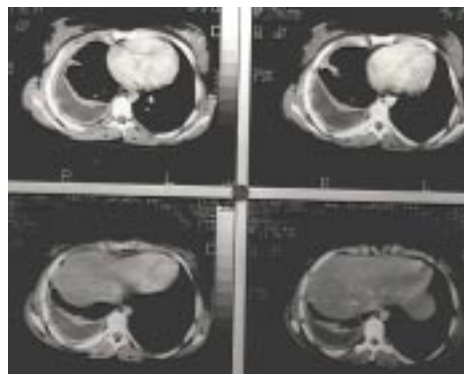


Figura No 2
TAC Colección pleural derecha



Figura No 3
Eco Pleura

Procedimientos como la inmunohistoquímica así como los anticuerpos

Monoclonales del tumor y los análisis cromosomales han sido propuestos como

una ayuda a los diagnósticos futuros, pero por una baja sensibilidad y especificidad

no pueden ser usados como diagnóstico definitivo.

La identificación del DNA amplificado por citometría de flujo se puede añadir a la rutina de citología para detectar falsos positivos. (14)

La citología inicial de screening garantiza futuras revisiones por los patólogos, el análisis cromosómico puede ser de mucha utilidad en linfomas y leucemias. (15)

Otros procedimientos como la biopsia cerrada de pleura, toracoscopia, broncoscopia son también utilizados para el diagnóstico de derrame pleural maligno.

Tratamiento

Se han utilizado varias técnicas como la toracocentesis, colocación de tubo de tórax y la pleurodesis o toracoscopia con talco.

La recurrencia rápida necesita tratamiento inmediato y si no se alivia la disnea con la toracocentesis se debe investigar carcinomatosis linfagítica, atelectasia, tromboembolismo, embolia y tumores.

Antes de hacer la pleurodesis química que es una terapia paliativa aceptada en pacientes con recurrencia de derrame pleural maligno se debe conseguir una expansión pulmonar, lo que no ocurre con obstrucción del bronquio principal donde se debe realizar broncoscopia y toracoscopia.

Otras formas de tratamientos empleadas son la quimioterapia, cirugía, terapia intrapleural.

Bibliografía

1. Rodríguez-Panadero F, Borderas Naranjo F, López-Mejías J. Pleural metastatic tumours and effusions: frequency and pathogenic mechanisms a post-mortem series Eur Respir J 1989;2:366-369.
2. Chernow B, Sahn SA. Carcinomatous involvement of the pleura: an analysis of 96 patients. Am J Med 1977;63:695-702.
3. Johnston WW. The malignant pleural effusion: a review of cytopathological diagnoses of 584 specimens from 472 consecutive patients. Cancer 1985;56:905-909.
4. Meyer PC. Metastatic carcinoma of the pleura. Thorax 1966;21:437-443.
5. Andrews BS, Arora NS, Shadforth MF, Goldberg SK, Davis JS. The role of immune complexes in the pathogenesis of pleural effusions. Am Rev Respir Dis 1981; 124:115-120.
6. Sahn SA. Pleural diseases related to metastatic malignancies. Eur Respir J 1997;10:1907-1913.
7. Tammilehto L, Maasilta P, Kostianen S, Appelqvist P, Holsti LR, Mattson K. Diagnosis and prognostic factors in malignant pleural mesothelioma: a retrospective analysis of sixty-five patients. Respiration 1992;52:129-135.
8. O'Donovan PB, Eng P. Pleural changes in malignant pleural effusions: appearance on computed tomography. Cleve Clin J Med 1994;61: 127-131.
9. Grogan DR, Irwin RS, Channick R. Complication associated with thoracentesis: a prospective randomized study comparing three different methods. Arch Intern Med 1990; 150: 873-877.
10. Patz EF, Shaffer K, Piwnicka-Worms DR, Jochelson M, Sugarbaker DJ, Pugatch RD. Malignant pleural mesothelioma: value of CT and MRI imaging in predicting resectability. Am J Roentgenol 1992;159:961-966.
11. Bittner RC, Felix R. Magnetic resonance (MR) imaging of the chest: state of the art. Eur Respir J 1998;11:1392-1404.
12. Benard F, Sterman D, Smith RJ, Kaiser LR, Albelda SM, Alavi A. Metabolic imaging of malignant pleural mesothelioma with fluorodeoxyglucose positron emission tomography. Chest 1998;144:713-722.
13. McVay PA, Toy PTCY. Lack of increased bleeding after paracentesis and thoracentesis in patients with mild coagulation abnormalities. Transfusion 1991;31:164-171.
14. Rijken A, Dekker A, Taylor S, Hoffman P, Blank M, Krause J. Diagnostic value of DNA analysis in effusion by flow cytometry and image analysis. Am J Clin Pathol 1991;95: 6-12.
15. Mentintas M, Ozdemir N, Solak M, Artan S, Ozdemir M, Basaran N, Ekici M, Erginel S. Chromosome analysis in pleural effusions: efficiency of this method in the differential diagnosis of pleural effusions. Respiration 1994;61: 330-335.

