

IMAGEN 6-2013: EMPIEMA LOCULADO



Hospital San Juan de Dios, San José, Costa Rica. Fundado en 1845

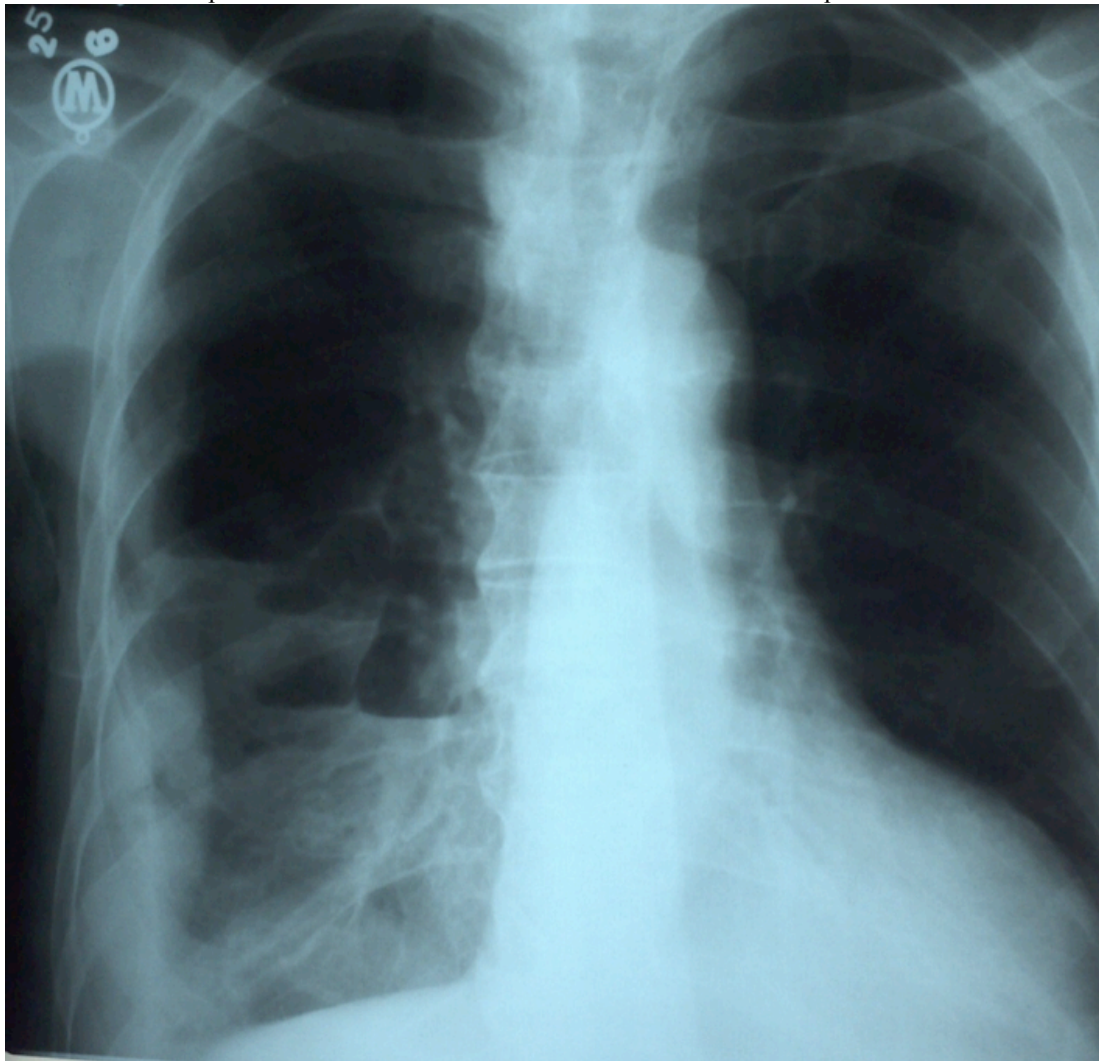
ISSN
2215-2741

Recibido: 27/05/2013
Aceptado: 14/08/2013

Javier Estrada Zeledón¹
Walter Morales Prado²

¹Médico Residente de Medicina Interna. Sistema de Estudios de Posgrado UCR-CENDEISSS. Hospital San Juan de Dios. Correo electrónico: jvaez@hotmail.com

²Médico Asistente Especialista en Medicina Interna. Sección de Medicina. Hospital San Juan de Dios.



CARACTERIZACIÓN DEL CASO.

Masculino de 80 años, portador de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, Insuficiencia Renal Crónica, Cardiopatía Isquémica e Insuficiencia Cardíaca Congestiva, con fracción de eyección de 20%. Consultó por cuadro crónico de dificultad respiratoria, tos productiva y fiebre. Al examen físico se documentó semiología de derrame pleural derecho. Los estudios de laboratorio revelaron leucocitosis con desviación izquierda y aumento de la proteína C reactiva.

La radiografía de tórax inicial mostró datos de derrame pleural derecho, por lo que se realizó toracentesis diagnóstica. El análisis del líquido pleural fue consistente con exudado purulento, con DHL en más de 3000 UI/l, pH 7.07 y glucosa en 6 mg/dl, siendo así catalogado como un empiema torácico.

Las imágenes corresponden a las radiografías de tórax de control, las cuales muestran derrame pleural con niveles hidroaéreos, debido a loculaciones dentro del mismo.

Figura 1. Radiografía PA de tórax que evidencia niveles hidroaéreos.



Fuente: revisión del expediente

Figura 2. Radiografía lateral de tórax que evidencia niveles hidroaéreos.



Fuente: revisión del expediente

DISCUSIÓN

Se llama derrame paraneumónico a cualquier derrame pleural secundario a neumonía o absceso pulmonar. Se dice que es complicado si requiere la realización de un procedimiento invasivo, como la toracostomía con colocación de un tubo de tórax o tiene un cultivo positivo por bacterias^(1,2,3).

El término Empiema (derivado de la palabra griega “*empyein*” que significa supurar) se refiere a pus (fluido purulento y viscoso) dentro, en este caso, del espacio pleural^(1,3). Tanto los derrames paraneumónicos complicados como el empiema torácico son más frecuentes en las edades extremas⁽¹⁾.

En su mayoría, el empiema es secundario a procesos infecciosos intratorácicos como la neumonía, los abscesos pulmonares y otras exacerbaciones pulmonares de neumoopatías crónicas⁽¹⁾. Otras causas son la cirugía pulmonar, la ruptura esofágica, el trauma y la diseminación transdiafragmática de infecciones intraabdominales.

El líquido del derrame pleural puede atravesar distintas etapas desde el derrame pleural simple, pasando por una etapa fibrinopurulenta tras la invasión bacteriana, luego la proliferación de fibroblastos, con formación de septos y luego el engrosamiento pleural, generando paquipleuritis, impidiendo así la adecuada expansión torácica^(2,4).

A medida que el derrame progresa, el pH y los niveles de glucosa en el líquido pleural son menores, al mismo tiempo que la deshidrogenasa láctica (DHL) es mayor. El marcador más sensible es el pH, que cae a menos de 7.2 antes que la glucosa sea menor de 60 mg/dl o que la DHL esté más allá de 3 veces el límite sérico superior normal⁽²⁾.

Las loculaciones en el derrame complicado dificultan su drenaje, por lo que su manejo se torna más avanzado e incluye las opciones de uso de agentes fibrinolíticos *versus* toracoscopia con lisis de tejido fibroso⁽²⁾.

Se requiere un manejo más agresivo para aquellos casos que presentan, de mayor a menor según orden de importancia, los siguientes puntos^(2,5):

1. Presencia de pus.
2. Resultado positivo en el frotis del líquido pleural.
3. Glucosa pleural menor a 60 mg/dl.
4. pH menor de 7.2,
5. Resultado positivo en el cultivo del líquido pleural.
6. Elevación de DHL tres veces sobre el límite sérico superior.
7. Presencia de loculaciones.

Varios de estos puntos estaban presentes en el presente caso, lo cual se tradujo en un alto riesgo de complicaciones y evolución no satisfactoria^(2,4), por lo cual se decidió dar tratamiento quirúrgico.

CONCLUSIONES

En la valoración de un paciente con derrame pleural paraneumónico el análisis del líquido es fundamental y, a menos que haya alguna

contraindicación, la toracentesis diagnóstica es mandatoria.

En el caso de un empiema loculado, el manejo agresivo temprano es fundamental, con el fin de minimizar el riesgo de mala evolución o aparición de complicaciones, como el entrapamiento pulmonar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Christie, NA. *Management of Pleural Space: Effusions and Empyema*. Surgical Clinics of North America. 2010;90:919-934.
2. Light RW. *Para pneumonic Effusions and Empyema*. Proceedings of the American Thoracic Society. 2006;3:75-80.
3. Light RW. *A new classification of Para pneumonic Effusions and Empyema*. Chest 1995;108:299-301.
4. Mason RJ Broaddus VC Martin TR *et al*. *Murray and Nadel's Textbook of Respiratory Medicine*. 5a Edición. Elsevier. 2010. Capítulo 73: Pleural Effusion.
5. Davies CW Gleeson FV Davies RJO. *BTS Guidelines for the Management of Pleural Infection*. Thorax 2003;58:ii18-ii28.