

# ESTUDIO ESTADISTICO DE 157 DERRAMES PLEURALES

Dres. SERGIO VÁZQUEZ, MARCELO B. BRIONES, MARÍA ROSA SCALCIONE

Con relativa asiduidad, se halla en el examen clínico de los pacientes, una acumulación de líquido en la cavidad pleural denominada derrame pleural, la mayoría de los cuales se origina en enfermedades intratorácicas y, con menor frecuencia, reflejo de afecciones extratorácicas o sistémicas.

El presente trabajo, tiene por objeto determinar: 1º) causas que provocaron, en nuestra experiencia, los DP; 2º) exámenes del líquido con mayor valor para establecer el origen del mismo; 3º) correlación con la clínica.

*Material y métodos:* se tomaron las Historias Clínicas de 157 pacientes, extraídas de los archivos de la Sala 3ª del Instituto General San Martín de La Plata en los últimos veinte años, desechándose gran número de ellas por no llenar los requisitos adecuados para el estudio.

Se dividieron los exámenes de los líquidos pleurales en transudados y exudados, siguiendo el siguiente parámetro: reacción Rivalta positiva, densidad ma-

yor de 1016 y proteínas de más de 16 g%; transudados: reacción Rivalta negativa, densidad menor de 1015 y proteínas menos de 15%.

Sin embargo, en gran número de casos, sólo se tuvo en cuenta sus características macroscópicas: exudados: líquido amarillento citrino, viscoso al tacto y que coagula espontáneamente; transudado: líquido claro, no pegajoso al tacto y que no coagula espontáneamente; hemorrágico: con la coloración consiguiente.

Conocido el diagnóstico clínico, se trató de correlacionarlo con los datos aportados por el examen de los líquidos pleurales, primero en forma global, y luego en forma discriminada, teniendo en cuenta sólo los que tenían datos completos de los mismos.

*Resultados:* sobre 157 pacientes, todos varones, 85 resultaron exudados, 50 transudados, 20 líquidos hemorrágicos y uno con característica de cristal de roca, perteneciendo a los siguientes diagnósticos clínicos:

- 1) Tuberculosis, 40 pacientes
- 2) Neoplasias primitivas o secundarias de pulmón, 34 pacientes
- 3) Neumopatías no tbc, 26 pacientes
- 4) Insuficiencias cardíacas congestivas 42 pacientes
- 5) Cirrosis hepáticas, 7 pacientes
- 6) Linfomas, 4 pacientes
- 7) Varios, 4 pacientes

A continuación, serán examinados con mayor detención, los distintos grupos, teniendo en cuenta que algunos pacientes son estudiados en distintas ocasiones, por tener enfermedades asociadas.

1) TBC: de los 40 pacientes estudiados, se comprobaron 36 exudados, 3 transudados y un derrame hemorrágico.

De los mismos, 34 padecían tbc puras (32 pleuresías serofibrinosas y 2 poliserositis) y los restantes, registraban las siguientes asociaciones: una miastenia gravis, una brucelosis, un síndrome de mala absorción y cirrosis hepática, 2 cánceres de pulmón y una cirrosis hepática.

Del total tomado en forma global, aproximadamente 90 % concordaron con los resultados clínicos, pero si tenemos en cuenta solamente los que tienen datos completos, veremos que:

- a) Rivalta: positiva en 14 sobre 19 o sea que no guardó concordancia en 26 %.
- b) Densidad: varió entre 1012 y 1048 (término medio 1024), no tuvo concordancia en 21 % de 20 enfermos.
- c) Proteínas: varió entre 9 y 60 g%o (término medio 29 g%o), no concordando en 25 % de los 20 enfermos.

Dicho en otras palabras: en nuestra experiencia de 20 DP, se observó concor-

dancia con la clínica en 75-80 % de los enfermos.

2) *Neoplasias de pulmón*: de los 34 pacientes examinados, 29 eran primitivas y una metatásica, asociándose las 4 restantes con: dos tbc, un quiste hídrico y una insuficiencia aórtica.

Resultaron: 19 exudados, 4 transudados y 11 líquidos hemorrágicos o sea que aproximadamente 30 % presentaron este último carácter al examen visual simple.

De la totalidad de los casos, aproximadamente 75 %, concordaron con la clínica, pero evaluados sólo los que tienen datos completos, vemos que:

- a) Rivalta: positiva en los 4 pacientes estudiados.
- b) Densidad: entre 1015 y 1043 (término medio 1022), no habiendo concordado en 1 sobre 4 pac. o sea 25 %.
- c) Proteínas: entre 20 y 55 g%o (término medio 36 g%o), coincidiendo con la clínica en la totalidad de los 6 pac.

O sea que la clínica, coincidió con los hallazgos de los líquidos pleurales en aproximadamente igual proporción que los de la tbc, aunque debe tenerse en cuenta la escasa cantidad de enfermos estudiados.

3) *Neumopatías*: de los 26 pacientes estudiados sólo 9 presentaban pleuresías simples, 6 pleuresías supuradas, una interlobar. De los restantes, se observaron las siguientes asociaciones: una insuficiencia mitral, un quiste aerífero supurado, 2 bronquiectasias, un absceso múltiple con metástasis gátrica, 2 insuficiencias cardíacas congestivas, 2 cirrosis hepáticas y una diabetes.

Del total, 21 fueron exudados, 4 transudados y uno hemorrágico, habien-

do coincida con los estudios clínicos, en aproximadamente 85 %.

Tomado en forma discriminada, se apreciará que:

- a) Rivalta: no coincidió con la clínica en 28 % de los 7 pacientes estudiados.
- b) Densidad: entre 1009 y 1022 término medio 1016), no coincidió en 40 % de 5 pacientes.
- c) Proteínas: entre 10 y 56 g%o (término medio 27 g%o), no coincidió en 42 %.

En resumen, de nuestra experiencia se desprende que los hallazgos del líquido pleural no guardaron concordancia con los de la clínica en 30-40 % de los casos.

4) *Insuficiencia cardíacas congestivas*: de los 42 pacientes, 33 obedecieron a las siguientes etiologías: 8 afecciones mitrales reumáticas, 2 miocarditis agudas, 17 cardioesclerosis, 2 corazones pulmonares crónicos, 1 glomerulonefritis aguda, una insuficiencia aórtica luética, - endocarditis bacteriana, una cardiopatía chagásica. Las restantes registraban las siguientes asociaciones: 1 corazón pulmonar crónico con cirrosis hepática, 1 insuficiencia aórtica con cáncer de pulmón, 2 cardioesclerosis con tromboembolismo, 2 cardioesclerosis con cirrosis hepática, 1 insuficiencia mitral con neumopatía aguda, una cardioesclerosis con corazón pulmonar crónico con neumopatía aguda, 1 cardioesclerosis con corazón pulmonar crónico y 1 cardioesclerosis con neumopatía aguda.

Del total global, 29 resultaron transudados, 9 exudados y 4 derrames hemorrágicos o sea que hubo una coincidencia con la clínica en 77 %.

Teniendo en cuenta sólo los que aportan datos completos, se apreciará que:

- a) Rivalta: no coincidió en 13 sobre 22 (60 %)
- b) Densidad: no coincidió en 10 sobre 20 (50 %), variando entre 1008 y 1015 (término medio 1012).
- c) Proteínas: no coincidió en 13 sobre 23 (34,7 %), variando entre 1,5 g%o y 20 g%o (término medio 7.6 g%o).

De nuestra experiencia, se deduce que entre 45-50 % de los 22 enfermos estudiados no guardaron concordancia con la clínica y que casi todos ellos originaron dificultades por ser determinados sus DP por enfermedades tromboembólicas, capaces de provocar unas veces exudados y otras transudados.

5) *Cirrosis hepáticas*: todos nuestros 7 enfermos presentaron asociaciones con: 1 insuficiencia cardíaca congestiva y corazón pulmonar crónico, 1 insuficiencia aórtica con neoplasia de pulmón, 2 cardioesclerosis, 1 síndrome de mala absorción con tbc, 2 neumopatías agudas.

De ellos 5 presentaron exudados (3 de estos con asociaciones) y 2 transudados, pero tomados en forma global, hubo una coincidencia de 57 % con la clínica.

En forma discriminada:

- a) Rivalta: no concuerda en 2 sobre 3 (66 %).
- b) Densidad: entre 1012 y 1022 (término medio 1015) coincidió en los 3 enfermos.
- c) Proteínas: entre 7, 5 y 47 g%o), coincidió en los 3.

Indudablemente nuestros enfermos no eran adecuados para este estudio, ya que todos presentaban asociaciones con otras enfermedades, que desvirtuaban sus hallazgos.

De cualquier manera, no pudimos encontrar concordancia en 43 %.

6) *Linfomas*: sobre 4 pacientes estudiados, 2 linfosarcomas y 2 leucemias linfáticas crónicas, una de ellas con amiloidosis.

3 de ellos, mostraron la presencia de derrames hemorrágicos, algunos con elementos citológicos que permitieron sospechar o corroborar el diagnóstico.

7) *Varios*: 1 aneurisma aórtico roto, 1 síndrome de mala absorción post-gastrectomía, 1 hemotórax traumático y 1 síndrome nefrótico, al igual que el anterior rubro, no permitió el análisis.

*Comentario*: siempre nos había llamado la atención, empíricamente, la poca concordancia de los hallazgos de los componentes de los derrames pleurales y los de la clínica, pero recién ahora con nuestro trabajo, hemos comprobado la verdad de la misma.

Nuestra serie se halló con el franco predominio de las enfermedades infecciosas (incluida la tbc), ya que alcanzó al 42 %, seguida por las insuficiencias cardíacas congestivas con 26,6 % y por último 24,2 % de enfermedades malignas (incluidas los linfomas), o sea, que casi la mitad eran determinadas por infecciones y la otra mitad, casi en forma proporcional, por cardiopatías congestivas y neoplasias.

Esta investigación nos permitió establecer una serie de premisas:

- a) La presencia de derrame pleural en una tbc o una neoplasia, frecuentemente permitió corroborar el diagnóstico, sea por el estudio citológico y/o bacteriológico o por el hallazgo de un exudado con proteínas mayores de 30 g%o y densidades mayores de 1020 a 1025. La reacción Rivalta con resultados muy variables nos determinó a no concederle la importancia que hasta ahora le asignábamos.

En nuestra experiencia, no hemos podido corroborar lo aseverado por Bariéty que aseguraba que la tasa de proteínas, en general, sobrepasaba los 40 g%o.

En cuanto a los derrames hemorrágicos 30 a 40, pertenecían a afecciones neoplásicas y, casi siempre, se caracterizaron por su tendencia a recidivar poco después de sucesivas punciones evacuadoras.

- b) Los derrames pleurales en las neumopatías de nuestro estudio, no guardaron concordancia con la clínica en 30 a 40 % de los casos, por lo que su hallazgo no permitió extraer conclusiones diagnósticas, salvo los determinados por los estudios bacteriológicos, que permitieron un tratamiento etiológico.
- c) En las insuficiencias cardíacas congestivas de nuestra investigación, comprobamos que, aproximadamente la mitad de los casos no concordaban con la clínica, por lo que sólo asignamos importancia, cuando los datos de la proteína menor de 15 g%o y densidad menor de 1015, nos hablan de un franco transudado. No debemos dejar de recalcar que frecuentemente, en los infartos de pulmón las proteínas sobrepasaban tales cifras y, que en algunos, adquirían aspecto hemorrágico, haciendo más equívoco el diagnóstico por el hallazgo de células sospechosas de atipia.
- c) Otras afecciones capaces de determinar DP, por su escasa cantidad, no deben ser tenidas en cuenta para el presente estudio.

*Conclusiones*: 1) en nuestro criterio, la división de exudados y transuda-

dos, no guarda relación apreciable con la clínica salvo cuando las cifras de proteínas son extremas, como en las neoplasias y tbc (mayores de 25-30 g%) o en los hidrotórax (menores de 10-15 g%).

2) En las insuficiencias cardíacas congestivas con tromboembolismo, es frecuente hallar tasas de proteínas en el término medio, constituyendo exudados, transudados y transudados o mixtos, como mejor denominación.

3) El hallazgo de un derrame pleural, en 3 de cada 4 enfermos, nos debe hacer sospechar afecciones neoplásicas, y, secundariamente, infartos de pulmón.

4) Creemos con otros autores, que la reacción Rivalta, sólo sirve para confundir al facultativo, ya que observamos asiduamente exudados negativos y tran-

sudados positivos, por lo que es conveniente desecharla.

5) A la densidad, sólo debe dársele importancia en la clínica cuando sus cifras son extremas: mayor de 1020 (exudado) y menor de 1015 (transudado).

6) No hemos pretendido hacer comparaciones con otras series, ya que los resultados de las mismas variarán con la especialidad que desempeñen los aa.

Nuestro trabajo, sólo refleja los hallazgos efectuados en una sala de Clínica Médica de varones, que pueden variar en el otro sexo.

*Resumen:* se realizó el estudio de 157 pacientes con derrames pleurales, con el objeto de determinar: 1º) Causas de los mismos. 2º) Valor diagnóstico de los exámenes del líquido pleural. 3º) Correlación con la clínica.