



Derrame pleural



Acumulación anormal de líquido en la cavidad pleural debido a producción excesiva de éste o la incapacidad para su depuración.

Contenido normal: 10–15 ml

Cuadro clínico:

- Disnea
- Dolor pleurítico
- Tos
- Taquipnea

ETIOLOGÍA



EXUDADO

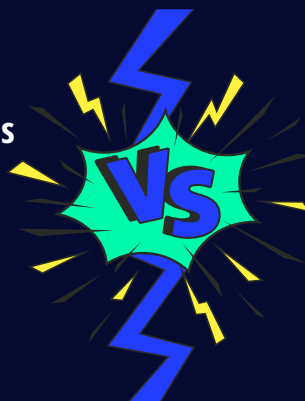
1. Paraneumónico / empiema:

- NAC: streptococcus, anaerobios
- Hospitalaria: SARM, Gram -

2. Malignas:

- Cáncer de pulmón
- Cáncer de mama
- Linfoma

3. Otras: LES, AR, pancreatitis



TRASUDADO

1. ↑ Presión hidrostática:

- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Pericarditis constrictiva

2. ↓ Presión oncótica:

- Síndrome nefrótico
- Cirrosis

EXPLORACIÓN FÍSICA

(HALLAZGOS EN EL LADO AFECTADO)



INSPECCIÓN:

↓ Movilidad

Respiración superficial



PALPACIÓN:

↓ Ampliación

↓ Frémito



PERCUSIÓN:

Matidez en zona afectada



AUSCULTACIÓN:

↓ Ruidos respiratorios
Egofonía

ULTRASONIDO



¡QUINTO PILAR DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA!

- **SLIDING:** ausente, pleura visceral hiperecoica
- **Modo B:** Signo del cuadrilátero: cuantificación del volumen aprox. = Sep. máx en mm x 20
Signo de la medusa ó de la lengua
Signo del plancton → Sugestivo de hemotórax
Signo de la espina
Signo de la cortina pulmonar ausente
- **Modo M:** Signo del sinusoide



CRITERIOS DE LIGHT



Criterios	TRASUDADO	EXUDADO
Relación Proteínas del LP/Sérico	≤ 0.6	> 0.6
Relación LDH del LP/Sérico	≤ 0.5	> 0.5
LDH en LP	$\leq \frac{2}{3}$ del límite superior del valor normal de LDH sérico	$> \frac{2}{3}$ del límite superior del valor normal de LDH sérico

¡El 25% de los DP se clasifican erróneamente como exudado!
¿Cómo arreglar esto? Ante duda considerar...

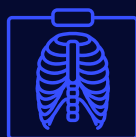


TRASUDADO:

- Relación proteínas Séricas/LP > 3.1 gr/dL
- Relación Albúmina Sérica/LP > 1.2 gr/dL
- BNP pro-B > 1500 pg/ml → ICC

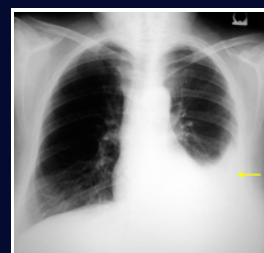
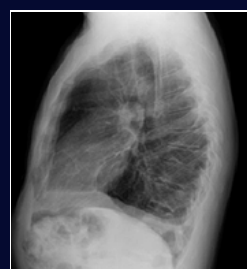
EXUDADO:

- Proteínas del LP > 3 gr/dL
- Colesterol de LP > 45 mg/dL

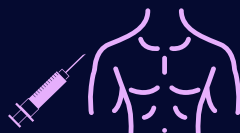


RADIOGRAFÍA

- **PA:** Borramiento de los ángulos costofrénico y diafragmático → 200 ml.
Pseudo-tumor: líquido en cisura → ICC.
Masivo: ocupación de todo el hemitórax, desplazamiento contralateral del mediastino.
- **Lateral:** Signo del menisco: borramiento ángulo costodiafragmático → 50 ml.
- **Decúbito lateral sobre lado afectado:** identificar DP pequeños

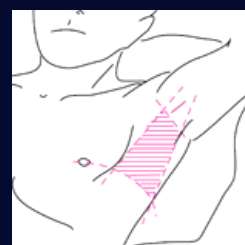


MANEJO



Toracocentesis:

- Diagnóstica y terapéutica (evacuadora).
- Elección: guiado por USG.
- Sitio de punción: "triángulo de seguridad" con Sonda 21 G.
- Detener cuando no drene más, volumen extraído 1.5 L ó discomfort/tos.
- Véase más en infografía "Técnica e indicaciones de sonda intrapleural".
- ¡RECUERDE MANEJO ACORDE A ETIOLOGÍA!



Elaborado por: Karla Muñiz — Eder Zamarrón