

PLEURITIS

Matías Selaez Ronald¹

RESUMEN

Se denomina pleuritis al edema provocado por la entrada de un agente infeccioso o células neoplásicas en el espacio pleural, que se inicia en forma asintomática, generalmente el paciente no se da cuenta porque solo siente una molestia vaga o dolor que aparece cuando tose o respira profundamente.

Este cuadro tiene múltiples etiologías, siendo la etiología infecciosa la más frecuente, en la cual la pleuritis se manifiesta por exudado purulento, fiebre, malestar general, astenia y adinamia. Un síntoma principal, es el dolor súbito que es de tipo pungitivo y empeora con el acto respiratorio y la tos.

PALABRAS CLAVE

Pleuritis, Derrame pleural, exudado pleural

INTRODUCCIÓN

La pleura es una fina membrana que reviste la superficie interna de la pared torácica, la superficie superior del diafragma y la cara lateral del mediastino envolviendo a los pulmones.

Ambas pleuras la visceral y la parietal se tornan continuas y crean dos espacios virtuales que son anatómicamente diferentes, el primero se encuentra íntimamente unido a la superficie del pulmón y en su cara interna se organiza la pleura hiliar, que deja un espacio pulmonar sin recubrir; el segundo espacio, está constituido por la pleura costal que recubre las costillas extendiéndose hacia los músculos intercostales y una pequeña parte del esternón, además de la pleura diafragmática que está unida a la porción muscular del diafragma y se extiende sobre el esternón ¹.

Los espacios pleurales así formados contienen una pequeña cantidad de líquido lubricante que presenta una proteína el cual le da una consistencia mucoide que permite el desplazamiento de los pulmones durante el acto respiratorio.

EPIDEMIOLOGIA

La pleuritis se presenta en casi el 10% de los pacientes con enfermedades sistémicas. Del total de derrames encontrados aproximadamente el 75% son de origen bacteriano, siendo la neumonía la primera causa de pleuritis, mientras que el 24 % son de origen neoplásico, donde el mesotelioma encabeza la lista ².

La pleuritis se presenta según algunos autores con mayor frecuencia en estaciones de primavera e invierno, aparentemente por influencia de las temperaturas que son bajas en ambas estaciones.

Se establece de igual forma que el grupo más afecta corresponde a los varones adultos, con biotipo leptosómico, siendo aparentemente mayor en personas jóvenes deportistas por la exposición a ambientes fríos. Los ancianos y niños rara vez se ven afectados por ésta enfermedad, pese a que la neumonía es un cuadro frecuente en este grupo etáreo³.

ETIOLOGÍA

La pleuritis es una enfermedad multifactorial pudiendo mencionarse las siguientes causas:

- a) *Primarias:* Propias de la pleura como ser:
1. **Infeciosas:** Mycobaterium tuberculosis, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Haemophilus influenzae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli* . Mycoplasma, Virus Cosackie, Herpes zoster ⁴
 2. **Traumáticas:** secundarias a iatrogenias con uso de catéteres, toracocentesis, biopsias pleurales
 3. **Neoplásicas:** como en el linfoma, mesotelioma, cáncer de pulmón, cáncer de mama, cáncer de ovario, etc.^{5,6}

¹ Univ. Tercer Año Facultad de Odontología UMSA

- b) Secundarias, que tienen como origen otros órganos como ser^{4,5,6,7}:
- Respiratorias: Neumonía, atelectasia, granulomatosis de Wegener, tuberculosis pulmonar ⁴⁻⁵
 - Cardiovasculares como las fistulas arteriovenosas, insuficiencia cardiaca, aneurismas rotos.
 - Colagenopaticas, como en el LES, artritis reumatoide,
 - Hematologicas: anemia hemolítica con reticulosis.
 - Gastroenterologicas: como el absceso subfrénico, pancreatitis, cirrosis hepática
 - Renales: síndrome nefrótico, insuficiencia renal
 - Endocrinas: mixedema
 - Ginecológicas: como el síndrome de Meigs., etc.

CLASIFICACION

De acuerdo a los hallazgos histológicos la pleuritis se clasifica en :

- Pleuritis aguda: que incluyen la forma supurativa y fibrinosa, generalmente secundaria a neumonía, donde se observan múltiples abscesos nodulares supurativos con neutrófilos.
- Pleuritis crónica: en su forma linfocítica y fibrosa, la ultima con presencia de tejido acelular denso asociado a procesos tumorales o colagenopáticos, pudiendo tomar formas de placas con espacios quísticos multiloculares. En caso de tumores malignos la atipia celular es característica.
- Pleuritis eosinofílica: con presencia de vasculitis eosinofílica.
- Pleuritis granulomatosa: con lesiones necrotizantes, presentes en la granulomatosis de Wegener, sarcoidosis, o micosis pulmonar.
- Pleuritis xantomatosa, donde existe acumulo de macrófagos fácilmente confundibles con procesos neoplásicos ⁵.

Se puede utilizar de igual forma la siguiente clasificación de acuerdo a la existencia o no de derrame:

- Pleuritis seca** o tuberculosa, su nombre radica en la ausencia de derrame pleural
- Pleuritis húmeda.-** que se asocia a derrame pleural del tipo
 - Trasudado:* Que no es más que una ultrafiltración de plasma resultante del aumento de la presión oncótica y alteración de la presión hidrostática como sucede en la insuficiencia cardiaca, atelectasia pulmonar, mixedema, tromboembolismo pulmonar, sarcoidosis, etc.
 - Exudado:* donde el liquido es rico en proteínas resultante de la inflamación pleural, por alteración de la membrana capilar y obstrucción del drenaje linfático como en infecciones bacterianas y virales, neoplasias y enfermedades del colágeno ⁸.

FISIOPATOLOGIA

En el espacio pleural existe normalmente una pequeña cantidad de líquido resultante de un ultrafiltrado del plasma. Cuando esta cantidad de líquido se eleva de manera que produce sintomatología propia de derrame se atribuye su presencia a:

- El aumento de la presión hidrostática: Cuando se elevan las presiones capilares de la circulación pulmonar.
- El descenso de la presión oncótica en la micro-circulación: Es menos frecuente por la gran capacidad de reabsorción de la circulación linfática.
- Aumento de la presión negativa del espacio pleural: Ocurre cuando existe una disminución de volumen pulmonar masivo.
- Aumento de la permeabilidad en la micro-circulación: la cual se produce cuando la pleura está implicada en procesos patológicos, dando lugar a exudado.
- Deterioro del drenaje linfático: Es el mecanismo principal en la producción del derrame pleural, producido por un bloqueo del conducto torácico.
- Movimientos de fluido del peritoneo: Producido por los linfáticos diafragmáticos⁹.

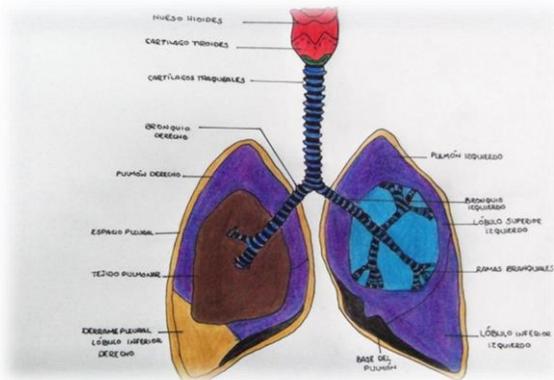
CUADRO CLINICO

Cuando se inicia la pleuritis, el paciente generalmente no siente ninguna molestia, la

misma se presenta cuando la pleuritis produce reacciones locales en la pleura manifestándose con dolor de tipo pungitivo que aumenta a medida que el paciente respira. A todo esto se asocia tos seca, disnea, taquipnea. En caso de que la pleuritis se a de carácter infeccioso, se asocia fiebre como signo sobreagregado.

Una vez que el derrame se instala como consecuencia del proceso inflamatorio el dolor suele desaparecer, un derrame importante puede contribuir a la disnea por reducción del área ventilatoria sobre todo cuando se presenta neumonía adjunta.

Derrame pleural



Fuente: Elaboración propia

En la palpación existe disminución de la movilidad respiratoria en el área afectada, mientras que la percusión denota matidez. La auscultación no permite la audición de ruidos respiratorios, mismos que se ubican en el borde superior del derrame. Del mismo modo se podrá encontrar "frote pleural" a manera de ruido áspero, similar a la fricción de dos hojas de cuero, que se modifica con los latidos cardiacos.

En estadios más severos, el paciente presenta taquipnea, taquicardia, hipotensión arterial, siendo característica la posición antiálgica de pleurostónos.

TRATAMIENTO

Para un tratamiento es importante llegar primero a un diagnóstico recurriendo lo menos posible a las exploraciones invasivas.

En un tratamiento general para disminuir el dolor, se puede utilizar un vendaje de consistencia elástica, que además no se adhiera al tórax, cambiándolo 2 a 3 veces al día.

En caso de encontrar una pleuritis tuberculosa se inicia el tratamiento específico correspondiente, mientras que la pleuritis bacteriana deberá requerir de antibióticos de acuerdo a la identificación laboratorial o sospecha clínica del agente causal.

Cuando una pleuritis genera controversia en el manejo se sugiere indicar biopsia pleural para definición clínica de la etiología.

BIBLIOGRAFIA

1. Beers H. El Manual Merck de Diagnóstico y Tratamiento. 10ª edición, Editorial Staf 2003: 644-645.
2. Richard. A. Tratado de neumología. Sección 13 Enfermedades Pleurales, Robert. Lodenkemper. Derrame pleural Editorial Harcourt. España 2001;66: 13
3. Pleuritis. URL disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Pleuritis>. Fecha de acceso: 19 de agosto del 2011.
4. Enfermedades de la pleura. URL disponible en http://web.udl.es/usuarios/w4137451/web/esp/contenidos_docentes/temario/pdf_temas/pleura11.pdf. Fecha de acceso: 19 de agosto del 2011.
5. Gómez García A. Patología de pericardio y Pleura. URL disponible en http://www.cej.justicia.es/pdf/publicaciones/medicos_forenses/MEDI09.pdf. Sin año de edición. Pag. 11-20
6. Jiménez Alonso J. Patología Médica Enfermedades de la Pleura, curso académico 2007-2008. Diapositivas 1-29. URL disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/medicinainterna/ficheros/pleuraenfermedadescurso20072008.pdf Fecha de acceso 17 de agosto del 2011.
7. Perez Rodríguez E. Villena Garrido M. V. Enfermedades de la pleura. Monografías

- Neumo Madrid.Libro electrónico disponible en:
<http://www.neumomadrid.org/images/upload/Pleura.pdf>. Fecha de acceso 18 de agosto del 2011.
8. Salgueiro M.E., Salvatierra Meruvia E., Castillo Villarroel G. Derrame pleural. Revista Paceaña de Medicina Familiar. Pag. 1-4 URL disponible en.
<http://www.mflapaz.com/Revista%202009/Revista%2010/4%20Derrame%20Pleural.pdf>. Fecha de acceso 17 de agosto del 2011.
 9. Coca Prieto I. Bosca Crespo A. Abarca Costalago M. Derrame Pleural. URL disponible en
<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/derrapleu.pdf>. Fecha de acceso 19 de Agosto del 2011.