

EDITORIAL

Derrame pleural maligno

Y. Pun

*Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.**Rev Patol Respir. 2017; 20(3): 77-78*

El derrame pleural maligno (DPM) junto con la insuficiencia cardíaca crónica, la infección pulmonar y la tuberculosis son las causas más frecuentes de derrame pleural^{1,2}. Un 27-36% de los derrames pleurales pueden ser malignos. La probabilidad de DPM es mayor en los derrames exudativos y en los pacientes mayores de 50 años³. Los cánceres pueden afectar a la pleura durante el curso de su evolución o presentándose con DPM como primera manifestación clínica. Son DPM cuando se encuentran células malignas en el líquido pleural o en el tejido pleural pero no todos los derrames pleurales asociados con una neoplasia son malignos. Los derrames paramalignos, que carecen de una afectación tumoral pleural directa, pueden ser secundarios a otras causas: neumonía, atelectasia pulmonar, tromboembolismo, obstrucción linfática mediastínica, hipoalbuminemia o efecto secundario de radio-quimioterapia⁴.

El cáncer de pulmón y el de mama son causas del 53-61% del DPM^{2,5}. El linfoma, el cáncer gastrointestinal y el cáncer de ovario son las siguientes causas más comunes. El mesotelioma es un tumor poco frecuente pero cursa casi siempre con DPM. Alrededor de un 10% del DPM tiene un origen desconocido⁶ y la mayoría son adenocarcinomas.

El DPM suele ocurrir en el curso avanzado de la enfermedad y es indicativo de mal pronóstico. Generalmente, los pacientes están sintomáticos con disnea, tos y sensación opresiva torácica. El dolor torácico es más frecuente en pacientes con mesotelioma. En una revisión de 417 pacientes con DPM la supervivencia mediana ha sido 4 meses⁷ aunque los pacientes con tumores sensibles a quimioterapia (mama, ovario, linfoma) pueden conseguir una supervivencia más prolongada^{8,9}. La recién desarrollada escala de pronóstico LENT¹⁰, que incluye la medición del LDH pleural, el estado funcional ECOG (*Eastern Cooperative Oncology Group*), la relación neutrófilos/linfocitos sérica y la estirpe tumoral, tiene un valor de AUC (*area under de curve*) de 0,77-0,85 para predecir la mortalidad de 1 a 6 meses en el análisis ROC (*receiver operating characteristic*). Otros autores también

encuentran que el alto nivel de marcadores tumorales está relacionado con un peor pronóstico¹¹. La estimación de pronóstico es importante en el momento de considerar la terapia más adecuada para los pacientes con DPM.

En un estudio de 171 pacientes¹², el intervalo medio entre la aparición de derrame pleural y el diagnóstico de una neoplasia maligna es de 77 semanas. Durante el curso de la enfermedad, un 10-15% de los cánceres pulmonares evolucionan con metástasis pleural¹³. El DPM como la primera manifestación de un tumor maligno no es frecuente. Monte et al¹⁴ encontraron 18 casos (un 13,5%) en esta situación en un grupo de 133 pacientes. Abad-Santamaría et al¹⁵ publicaron una gran serie de 402 pacientes con DPM como debut de neoplasia no conocida previamente. Un 21% de los pacientes esta asintomático pero un 47% ya tiene una o más metástasis adicionales asociadas. Esta cifra es menor que la de otra serie recién publicada¹⁶ que mencionaba un 63% de diseminación tumoral en el momento del diagnóstico. La escasa participación del cáncer de mama es similar a los hallazgos de otros autores^{14,16}. Este hecho puede deberse a que el DPM suele aparecer en una etapa tardía de la evolución del cáncer de mama y raramente en esta etapa el tumor primario de mama está aún por descubrir. Aunque el pronóstico de este grupo de pacientes no es motivo del presente estudio, se puede deducir de la experiencia de otros autores que la supervivencia será similar a otro grupo de pacientes con DPM¹⁴.

Para el diagnóstico de DPM, la citología del líquido pleural tiene un rendimiento del 60%¹⁷. La combinación con biopsia pleural con agujas mejora la sensibilidad. La biopsia pleural guiada por ecografía o tomografía computarizada (TC) puede alcanzar una sensibilidad del 87%^{18,19}. La toracoscopia vídeo-asistida bajo anestesia local está indicada en pacientes con sospecha de DPM no diagnosticado por citología y biopsia pleural. Tiene baja morbilidad y se puede realizar la pleurodesis en el mismo acto al conocer el diagnóstico.

El tratamiento de DPM es fundamentalmente paliativo con especial atención a la sintomatología y al estado funcional del

Correspondencia: Yatwah Pun. Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario de La Princesa. C/ Diego de León, 62. 28006 Madrid.

E-mail: ypunmail@yahoo.es

Recibido: 9 de julio de 2017; *Aceptado:* 15 de agosto de 2017

paciente y a su esperanza de vida. Se realiza toracocentesis para aliviar la disnea y valorar la reexpansión pulmonar. Para los pacientes asintomáticos y con escaso derrame, el tratamiento se orienta al tumor primario especialmente para los que son sensibles a quimio-radioterapia. Para los pacientes debilitados y con una esperanza de vida limitada, la toracocentesis repetida o el drenaje domiciliario con un catéter de menor calibre puede ser adecuado²⁰. La pleurodesis con talco bien por toracosocopia bien a través de un tubo de drenaje pleural está indicada para pacientes con pulmón expandible y una relativa mayor esperanza de vida²¹. Ambos procedimientos tienen resultados comparables²² y pueden alcanzar el 90% de éxito²³. Se han publicado guías de tratamiento de DPM tanto nacionales como internacionales que pueden servir para un buen manejo de esta enfermedad²⁴⁻²⁶.

Bibliografía

- Villena V, López Encuentra A, Echave-Sustaeta J, Alvarez Martínez C, Martín Escribano P. Estudio prospectivo de 1.000 pacientes consecutivos con derrame pleural. Etiología del derrame y características de los pacientes. Arch Bronconeumol. 2002; 38: 21-6.
- Porcel JM, Esquerda A, Vives M, Bielsa S. Etiología del derrame pleural: análisis de más de 3.000 toracocentesis consecutivas Arch Bronconeumol. 2014; 50: 161-5.
- Valdés L, Álvarez D, Valle JM, Pose A, San José E. The etiology of pleural effusions in an area with high incidence of tuberculosis. Chest. 1996; 109: 158-62.
- Sahn SA. Pleural diseases related to metastatic malignancies. Eur Respir J. 1997; 10: 1907-13.
- Taghizadeh N, Fortin M, Tremblay A. US Hospitalizations for malignant pleural effusions: Data from the 2012 National inpatient sample. Chest. 2017; 151: 845-854.
- Johnston WW. The malignant pleural effusion. A review of cytopathologic diagnoses of 584 specimens from 472 consecutive patients. Cancer. 1985; 56: 905-9.
- Heffner JE, Nietert PJ, Barbieri C. Pleural fluid pH as a predictor of survival for patients with malignant pleural effusions. Chest. 2000; 117: 79-86.
- Wu SG, Yu CJ, Tsai MF, Liao WY, Yang CH, Jan IS, et al. Survival of lung adenocarcinoma patients with malignant pleural effusion. Eur Respir J. 2013; 41: 1409-18.
- Zamboni MM, da Silva CT Jr, Baretta R, Cunha ET, Cardoso GP. Important prognostic factors for survival in patients with malignant pleural effusion. BMC Pulm Med. 2015; 28; 15: 29.
- Clive AO, Kahan BC, Hooper CE, Bhatnagar R, Morley AJ, Zahan-Evans N, et al. Predicting survival in malignant pleural effusion: development and validation of the LENT prognostic score. Thorax. 2014; 69: 1098-104.
- Bielsa S, Esquerda A, Salud A, Montes A, Arellano E, Rodríguez-Panadero F, et al. High levels of tumor markers in pleural fluid correlate with poor survival in patients with adenocarcinomatous or squamous malignant effusions. Eur J Intern Med. 2009; 20: 383-6.
- van de Molengraft FJ, Vooijs GP. The interval between the diagnosis of malignancy and the development of effusions, with reference to the role of cytologic diagnosis. Acta Cytol. 1988; 32: 183-7.
- Sahn SA. Malignancy metastatic to the pleura. Clin Chest Med. 1998; 19: 351-61.
- Monte SA, Ehya H, Lang WR. Positive effusion cytology as the initial presentation of malignancy. Acta Cytol. 1987; 31: 448-52.
- Abad-Santamaría N, Melchor-Íñiguez R, Río-Ramírez MT, Morales-Chacón B, Raquel Pérez-Rojo R, Ali-García I, et al. Derrame pleural maligno como debut de neoplasia no conocida. Rev Patol Respir. 2017; 20: 41-6.
- Ebata T, Okuma Y, Nakahara Y, Yomota M, Takagi Y, Hosomi Y, et al. Retrospective analysis of unknown primary cancers with malignant pleural effusion at initial diagnosis. Thorac Cancer. 2016; 7: 39-43.
- Prakash UB, Reiman HM. Comparison of needle biopsy with cytologic analysis for the evaluation of pleural effusion: analysis of 414 cases. Mayo Clin Proc. 1985; 60: 158-64.
- Diacon AH, Schuurmans MM, Theron J, Schubert PT, Wright CA, Bolliger CT. Safety and yield of ultrasound-assisted transthoracic biopsy performed by pulmonologists. Respiration. 2004; 71: 519-22.
- Maskell NA, Gleeson FV, Davies RJ. Standard pleural biopsy versus CT-guided cutting-needle biopsy for diagnosis of malignant disease in pleural effusions: a randomised controlled trial. Lancet 2003; 361: 1326-30.
- Cases E, Seijo L, Disdier C, Lorenzo MJ, Cordovilla R, Sanchís F, et al. Uso del drenaje pleural permanente en el manejo ambulatorio del derrame pleural maligno recidivante. Arch Bronconeumol 2009; 45: 591-6.
- Fortin M, Tremblay A. Pleural controversies: indwelling pleural catheter vs. pleurodesis for malignant pleural effusions. J Thorac Dis. 2015; 7: 1052-7.
- Dresler CM, Olak J, Herndon JE 2nd, Richards WG, Scalzetti E, Fleishman SB, et al; Cooperative Groups Cancer and Leukemia Group B; Eastern Cooperative Oncology Group; North Central Cooperative Oncology Group; Radiation Therapy Oncology Group. Phase III intergroup study of talc poudrage vs talc slurry sclerosis for malignant pleural effusion. Chest. 2005; 127: 909-15.
- de Campos JR, Vargas FS, de Campos Werebe E, Cardoso P, Teixeira LR, Jatene FB, et al. Thoracoscopy talc poudrage: a 15-year experience. Chest. 2001; 119: 801-6.
- Villena-Garrido V, Cases-Viedma E, Fernández-Villar A, de Pablo-Gafas A, Pérez-Rodríguez E, Porcel-Pérez JM, et al. Normativa sobre el diagnóstico y tratamiento del derrame pleural. Arch Bronconeumol. 2014; 50: 235-49.
- American Thoracic Society. Management of Malignant Pleural Effusions. Am J Respir Crit Care Med 2000; 162: 1987-2001.
- Roberts ME, Neville E, Berrisford RG, Antunes G, Ali NJ; BTS Pleural Disease Guideline Group. Management of a malignant pleural effusion: British Thoracic Society Pleural Disease Guideline 2010. Thorax. 2010; 65(Suppl 2): ii32-40.