



## Editorial

## Derrame pleural bilateral: ¿es necesaria la toracocentesis bilateral?



### Is bilateral thoracocentesis necessary in bilateral pleural effusion?

Ivan Vollmer\*, Mariana Benegas y Marcelo Sánchez

Servicio de Radiodiagnóstico, Centro de Diagnóstico por la Imagen Clínic, Hospital Clínic, Barcelona, España

El derrame pleural afecta a 1.500.000 habitantes/año en EE. UU., y se estima que puede aparecer en 3.000 personas por cada 1.000.000 habitantes/año<sup>1</sup>. Se han descrito más de 50 causas de derrame pleural, siendo algunas de ellas debido a enfermedad propia del mesotelio, y otras como expresión de afectación secundaria de enfermedades sistémicas y neoplásicas, disfunción de órganos (corazón, hígado...) o por toxicidad por drogas<sup>2</sup>. El derrame pleural puede aparecer de forma uni- o bilateral, presentando diferentes diagnósticos diferenciales en función de ello.

Para un correcto análisis de las características del derrame, así como para realizar una aproximación al diagnóstico etiológico, se debe realizar una toracocentesis. Son muchos los trabajos y las guías clínicas que abogan por la realización de dicho procedimiento con guía ecográfica. De esta forma, disminuyen las complicaciones y permite un diagnóstico más preciso<sup>3</sup>.

Hasta el momento, no existen guías clínicas publicadas que traten sobre el manejo diagnóstico del derrame pleural bilateral. La mayoría de las guías clínicas existentes se centran en el manejo de los derrames pleurales unilaterales en adultos<sup>2,3</sup>, paraneumónico unilateral<sup>3,4</sup> y maligno<sup>3,5</sup>. Por este motivo es necesario que se realicen trabajos que valoren la necesidad de realizar toracocentesis uni- o bilateral en este contexto clínico. El trabajo de Kalomenidis et al.<sup>6</sup> donde practicaban una doble toracocentesis en pacientes con derrame pleural bilateral, demostró que no existía la necesidad de puncionar por separado cada hemitórax. No obstante, este trabajo se realizó en pacientes en los que el derrame pleural bilateral era secundario a enfermedad cardiológica en un elevado porcentaje de casos (92%), siendo esta una conocida causa de este tipo de manifestación. Puchalski et al.<sup>7</sup>, publicaron un estudio prospectivo, en el cual también realizaron toracocentesis bilateral a 100 pacientes, y demostraron que los derrames pleurales bilaterales pueden ser multifactoriales. No obstante, en dicho trabajo se evidenció que, en ausencia de neumonía unilateral, procedimientos quirúrgicos subdiafragmáticos unilaterales u otras razones que justificaran diferencias entre la afectación de ambos hemitórax, ambos derrames pleurales presentaban unas características del líquido y etiologías similares. Las guías clínicas de la *British*

*Thoracic Society* (BTS) no recomiendan realizar la toracocentesis bilateral<sup>2</sup> en pacientes con una alta sospecha clínica de que ambos derrames correspondan a una misma enfermedad de base que ocasiona derrame pleural tipo trasudado, reservando esta práctica para aquellos casos en los que el derrame pleural presente unas características atípicas o no responda al tratamiento específico.

En esta edición de ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA, Ferreiro et al.<sup>8</sup> describen los resultados de un estudio prospectivo realizado sobre 36 pacientes que presentaban derrames pleurales bilaterales. En dicho estudio analizaron los resultados del análisis del líquido pleural obtenido en cada hemitórax, así como otros hallazgos como la historia clínica, los estudios radiológicos, los hallazgos de laboratorio y la biopsia pleural. La mayoría de los derrames pleurales bilaterales (94,6%) presentaron la misma etiología. En dicho trabajo solo se identificaron 2 pacientes que presentaron diferentes etiologías del derrame pleural bilateral. Los autores de este estudio, por tanto, concluyen, al igual que los trabajos de Puchalski et al.<sup>7</sup> y Kalomenidis et al.<sup>6</sup>, que, en base a los resultados obtenidos, no es necesario realizar toracocentesis de ambos hemitórax en los pacientes con derrames pleurales bilaterales. Los autores del presente estudio<sup>8</sup>, al solo haber estudiado 2 casos con diferentes etiologías, no pueden realizar un estudio estadístico sobre qué hallazgos clínicos o radiológicos pueden sugerir la necesidad de realizar una toracocentesis bilateral.

En el trabajo de Ferreiro et al.<sup>8</sup> no se exponen los riesgos de realizar una doble toracocentesis. No obstante, en aquellos casos en que clínicamente se considere necesario realizar una toracocentesis bilateral, esta puede realizarse sin mayores complicaciones que las descritas cuando se realiza de forma unilateral, como se demostró en el trabajo de Puchalski et al.<sup>7</sup>. Si bien en dicho trabajo se realizaron ambos procedimientos de forma simultánea, por parte de 2 médicos, la toracocentesis bilateral puede efectuarse de forma secuencial.

Probablemente, la utilización de la ecografía torácica, recomendada en las guías clínicas para dirigir la toracocentesis, podría permitir la selección de aquellos pacientes con derrame pleural bilateral de probables etiologías diferentes. El trabajo de Yang et al.<sup>9</sup> demostró que la ecografía permite diagnosticar correctamente los exudados. No obstante, en aquellos casos en los que el derrame pleural se presente anecogénico, no podrá diferenciarse entre exudado y trasudado. La ecografía presenta una mayor sensibilidad que

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [vollmer@clinic.ub.es](mailto:vollmer@clinic.ub.es) (I. Vollmer).

la tomografía computarizada (TC) para detectar complicaciones en el interior del derrame, habiéndose evidenciado además que con la TC no se puede discriminar entre exudado y trasudado<sup>10</sup>.

Ante la ausencia de unas recomendaciones específicas, en las actuales guías clínicas sobre el manejo del derrame pleural, se hace necesaria la realización de trabajos con mayor número de pacientes para evaluar en qué casos con afectación bilateral es necesaria la realización de una doble toracocentesis.

### Bibliografía

1. Du Rand I, Maskell N, on behalf of the BTS Pleural Disease Guideline Group. Introduction and methods: British Thoracic Society pleural disease guideline 2010. *Thorax*. 2010;65 Suppl 2:ii1–3.
2. Hooper C, Lee YCG, Maskell N, on behalf of the BTS Pleural Disease Guideline Group. Investigation of a unilateral pleural effusion in adults: British Thoracic Society pleural disease guideline 2010. *Thorax*. 2010;65 Suppl 2:ii4–17.
3. Villena V. Normativa sobre el diagnóstico y tratamiento del derrame pleural. Barcelona: Editorial Respira; 2012.
4. Davies HE, Davies RJO, Davies CWH, on behalf of the BTS Pleural Disease Guideline Group. Management of pleural infection in adults: British Thoracic Society pleural disease guideline 2010. *Thorax*. 2010;65 Suppl 2:ii41–53.
5. Roberts ME, Neville E, Berrisford RG, Antunes G, Ali NJ, on behalf of the 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.
6. Kalomenidis I, Rodriguez M, Barnette R, Gupta R, Hawthorne M, Parkes KB, et al. Patient with bilateral pleural effusion. Are the findings the same in each fluid? *Chest*. 2003;124:167–76.
7. Puchalski JT, Argento AC, Murphy TE, Araujo KLB, Oliva IB, Rubinowitz AN, et al. Etiologies of bilateral pleural effusions. *Respir Med*. 2013;107:284–91.
8. Ferreiro L, San José ME, Gude F, Lama A, Suárez-Antelo J, Golpe A, et al. Derrame pleural bilateral: ¿toracocentesis uni o bilateral? Estudio prospectivo. *Arch Bronconeumol*. 2016;52:189–95.
9. Yang PC, Luh KT, Chang DB, Wu HD, Yu CJ, Kuo SH. Value of sonography in determining the nature of pleural effusion: Analysis of 320 cases. *AJR Am J Roentgenol*. 1992;159:29–33.
10. Abramowitz Y, Simanovsky N, Goldstein MS, Hiller N. Pleural effusion: Characterization with CT attenuation values and CT appearance. *AJR Am J Roentgenol*. 2009;192:618–23.