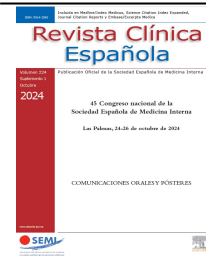




# Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

## 1543 - DERRAME PLEURAL PARANEUMÓNICO COMPLICADO Y EMPIEMA PLEURAL

Judith Gil Domínguez<sup>1</sup>, María Rincón Villar<sup>1</sup>, Marta Fernández Puente<sup>1</sup>, Pilar Benito Delgado<sup>1</sup>, Rita Marcos Gómez<sup>1</sup>, María Ángeles Polvorosa Gómez<sup>1</sup>, Mónica Pineda Alonso<sup>2</sup> y Gemma Vega Tejedor<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Complejo Asistencial de Palencia, Palencia, España. <sup>2</sup>Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España.

### Resumen

**Objetivos:** Los derrames pleurales paraneumónicos complicados yempiemas tienen una elevada morbilidad y mortalidad. El objetivo de este trabajo es describir las características epidemiológicas, clínicas y microbiológicas de dichos derrames en un hospital de tercer nivel.

**Métodos:** Se recogieron los aislamientos microbiológicos positivos de cultivos de líquido pleural durante 20 meses (enero de 2022-agosto de 2023), desde el servicio de Microbiología.

**Resultados:** Se incluyeron 15 pacientes. El 20% eran mujeres y el 80% hombres. La edad media fue  $65 \pm 12$  años. La comorbilidad más frecuente fue la neoplasia (67%). El 33% eran diabéticos, 13% tenían reflujo gastroesofágico, 73% había tenido hábito tabáquico y 20% enólico. Ningún paciente padecía tuberculosis, silicosis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica ni VIH. El síntoma más frecuente fue la disnea (67%), seguido de tos (60%), dolor torácico o costal (40%) y fiebre (40%). Los cultivos de líquido pleural fueron monomicrobianos en el 53% y polimicrobianos en el 47%. Los microorganismos más aislados fueron hongos en el 40% (*Candida* y *Aspergillus fumigatus*). Crecieron anaerobios en un 33% y *Streptococcus* microaerófilos en un 33%. En un 27% se objetivaron *Staphylococcus* coagulasa negativos y en 13% *Enterococcus*. Además en un 20% se encontraron bacilos gram negativos (*Escherichia coli* y *Pseudomonas*). El origen prioritario del empiema fue paraneumónico (60%), seguido de origen abdominal por abscesos subfrénicos (20%). Hubo un caso de rotura esofágica, otro de fístula esofagobronquial y otro por fístula de masa pulmonar. Se colocó drenaje pleural en todos los casos. El servicio médico responsable fue mayoritariamente Neumología (60%), seguido de Cuidados Intensivos (20%); en menor medida Medicina Interna, Hematología y Cirugía. Fallecieron el 60% de los pacientes.

**Discusión:** Los derrames pleurales paraneumónicos complicados yempiemas de nuestro trabajo son más frecuentes en varones, pacientes inmunodeprimidos y de origen paraneumónico, coincidiendo con la bibliografía publicada. En el 40% de los cultivos se aislaron hongos, valor superior al apreciado en otras series. Esto podría estar relacionado con el hecho de que se trate de pacientes posoperados u oncológicos inmunodeprimidos bajo tratamiento de quimioterapia. No se aisló en ningún caso *Streptococcus pneumoniae*. Sin embargo, se observaron anaerobios y *Streptococcus* aerófilos, coincidiendo con posible causa broncoaspirativa y aislamientos polimicrobianos. Fallecieron más pacientes que en otras series, probablemente por la alta prevalencia de inmunodeprimidos.

*Conclusiones:* La incidencia de derrame pleural paraneumónico y empiema está aumentando. Su etiología más frecuente es paraneumónica, siendo una complicación posible de la neumonía, con importante mortalidad. Además, puede estar relacionado con infección a nivel de orofaringe, mediastino, región subdiafragmática o tras traumatismo o cirugía. Si hay sospecha de infección polimicrobiana, se recomienda incluir cobertura contra anaerobios. El derrame pleural paraneumónico complicado y empiema precisan drenaje pleural.

### **Bibliografía**

1. Epidemiology, clinical presentation, and diagnostic evaluation of parapneumonic effusion and empyema in adults. UptoDate.
2. Porcel JM, Light RW. Parapneumonic pleural effusions and empyema in adults: current practice. Rev Clin Esp. 2009;209(10):485-94.
3. Ferreiro L, San José ME, Valdés L. Manejo del derrame pleural paraneumónico en adultos. Arch Bronconeumol. 2015;51(12):637-46.