Rev Clin Esp. 2024;224(Supl 1):S835

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

1543 - DERRAME PLEURAL PARANEUMÓNICO COMPLICADO Y EMPIEMA PLEURAL

Judith Gil Domínguez[1], *María Rincón Villar*[1], *Marta Fernández Puente*[1], *Pilar Benito Delgado*[1], *Rita Marcos Gómez*[1], *María Ángeles Polvorosa Gómez*[1], *Mónica Pineda Alonso*[2] *y Gemma Vega Tejedor*[2]

[1]*Complejo Asistencial de Palencia, Palencia, España.* [2]*Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España.*

Resumen

Objetivos: Los derrames pleurales paraneumónicos complicados y empiemas 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 ± 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 y empiemas 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.

0014-2565 / © 2024, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.