

EMPIEMA LOCULADO: POSIBLE NUEVA SOLUCIONA UN VIEJO PROBLEMA.

T. Domínguez Platas, L. López Sánchez* y L.M. Entrenas Costa. *Médico residente.
Departamento de Medicina Interna. Sección de Neumología. Hospital Universitario Regional Infanta
Cristina. Avda de Elvas, s/n. 06080 BADAJOZ.

Sr. Director:

La loculación de derrames pleurales hemáticos y, sobre todo, purulentos, es una complicación muy frecuente de tales acontecimientos patológicos⁽¹⁻²⁾ siendo habitual que el drenaje mediante tubo endopleural, junto con la terapéutica antibiótica, no sea una medida suficiente para la adecuada resolución del cuadro. El consecuentemente elevado índice de fracasos generalmente se achaca a la aparición de coágulos y acúmulo de fibrina⁽³⁻⁴⁾.

Desde 1949 se describen en la literatura la utilización de fibrinolíticos en estos casos con excelentes resultados⁽⁵⁻⁶⁾. No obstante, el hecho de usar estreptoquinasa presentó no pocos problemas de reacciones alérgicas, motivo por el que, sin duda, se refrenó en gran medida el ímpetu inicial en la utilización del fibrinolítico.

Actualmente, desde el inicio de la década de los 70, se vuelve a hacer énfasis en la utilización de fibrinolíticos en la patología pleural citada, pero con la introducción de uroquinasa. Se trata de un potente activador capaz de degradar proteínas, incluida la fibrina, siendo la reacción fibrinolítica el resultado de la activación enzimática del plasminógeno a plasminal.

Presentamos un caso de derrame pleural purulento, en el que se cultivó en anaerobiosis un *Streptococo Morbillorum*, y en el que no se conseguía una buena evacuación, a pesar de la administración de antibióticos sistémicos (Penicilina G Sódica y Ornidazol) y un

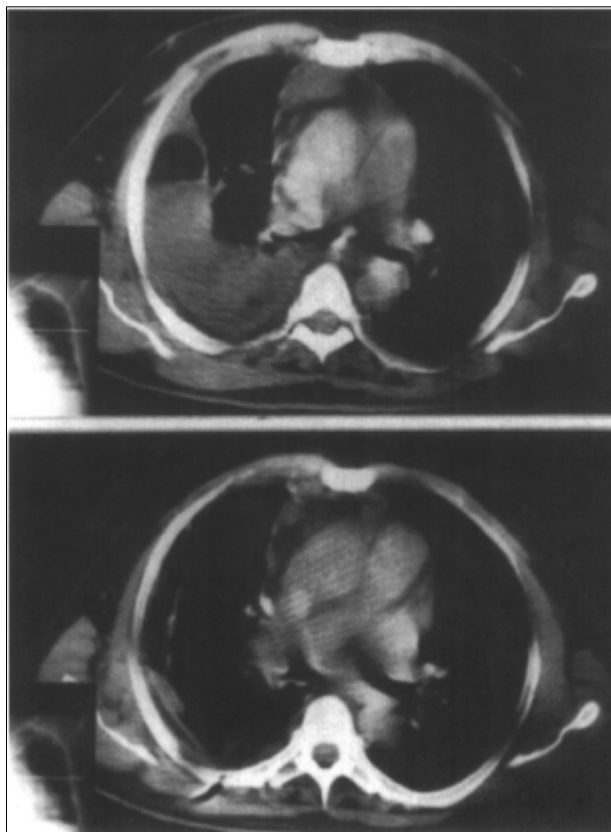


Fig.1: Imagen superior: situación previa a la utilización de uroquinasa intrapleural.
Imagen inferior: evolución en 48 horas administrando el fibrinolítico.

drenaje pleural colocado bajo control ecográfico. Tras 48 horas de evolución de este drenaje aspirativo bajo sello de agua, decidimos administrar uroquinasa intrapleural, ya que hasta entonces tan sólo se habían recogido 200 ml. de fluido purulento; para ello seguimos el protocolo de Moulton⁽⁵⁾ administrando 480.000 unidades de uroquinasa en 48 horas, con control de TAC torácico antes y después (Figura 1). Durante el tratamiento recogimos 1.500 ml. de fluido purulento, obteniendo la mejoría radiológica que se aprecia en la Figura 1. El paciente evolucionó muy favorablemente, no detectándose ninguna complicación achacable a la utilización del fibrinolítico.

En las series consultadas los resultados son realmente buenos, pero son todas ellas muy cortas (< 15 casos). Por ello, presentamos este caso de nuestra experiencia con el ánimo de que sea el primero de una serie prospectiva.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Light RW. Paraneumonic effusions and infections of the pleural space. En: Pleural Diseases. RW. Light Editor. Lea and Febiger, Philadelphia 1983: 101-108.
- 2- Sahn SA. The Pleura. Am Rev Respir Dis 1988; 138: 184-234.
- 3- Lee KS et al. Treatment of thoracic multiloculated empyema with intracavitary urokinase: a prospective study. Radiology 1991; 179: 771-775.
- 4.- De Gregorio-Ariza MA et al. Tratamiento de derrames pleurales loculados con uroquinasa intrapleural transcatéter. Estudio preliminar. Arch Bronconeumol 1991; 27 (supl): 82-83.
- 5.- Moulton JS. Treatment of loculated pleural effusions with transcatheter intracavitary urokinase. Am J Roentgeno 1989; 153: 941-945.
- 6.- Finegold SM. Aspiration pneumonia, lung abscess and empyema. En: Respiratory Infections: Diagnosis and Management. JE Penington Editor. Raven Press, New York 1983: 191-199.