

Derrame pleural na Sala de Urgência

Autores e Afiliação:

Robson Takashi Hashizume. Ex-Médico Residente da Divisão de Moléstias Infecciosas do Departamento de Clínica Médica - FMRP – USP. Abel de Barros Araújo Filho. Médico Assistente da Divisão de Emergências Clínicas do Departamento de Clínica Médica - FMRP - USP

Área:

Unidade de Emergência / Subárea: Clínica Médica

Objetivos:

Listar as principais causas, sistematizar uma abordagem prática do derrame pleural e elaborar o seu diagnóstico diferencial, com foco no atendimento de urgência e emergência.

Data da última alteração: segunda, 24 de julho de 2017

Data de validade da versão: quinta, 27 de setembro de 2018

Definição / Quadro Clínico:

Derrame pleural é o acúmulo anormal de líquido no espaço pleural. Pode ocorrer por aumento na formação de líquido ou por redução na sua absorção. É um problema médico comum e com mais de 50 etiologias já descritas, entre doenças pulmonares e extra-pulmonares.

No Brasil, as causas mais comuns são: insuficiência cardíaca, pneumonia, neoplasia, tuberculose e embolia pulmonar.

Dispneia é o sintoma dominante, de intensidade variável a depender da extensão do derrame. A presença de sintomas associados como tosse, dor torácica ventilatório-dependente, hemoptise ou febre depende da etiologia subjacente.

Carga tabágica, contato com TB e história prévia de TVP/TEP são informações importantes e podem direcionar a investigação diagnóstica.

Diagnóstico:

Exame físico: murmúrio vesicular reduzido ou abolido no hemitórax acometido, com macicez à percussão, redução do frêmito tóraco-vocal e da ausculta da voz. Pode ser observada redução da expansibilidade torácica.

Exames Complementares:

Raio-X de tórax: é o exame inicial a ser realizado, sempre que possível nas incidências PA (detecta derrames > 200ml) e perfil (obliteração do ângulo costofrênico posterior em derrames > 50ml) com o paciente em ortostase. O exame em AP no leito, comumente realizado nos pacientes críticos, dificulta a avaliação de derrame pleural. Nessa técnica, pode-se observar aumento difuso na opacidade do hemitórax acometido e borramento ou perda do contorno da cúpula diafragmática ipsilateral.

A incidência de Laurell (decúbito lateral com raios horizontais) é muito utilizada para diferenciar derrame de espessamento pleural. Uma lâmina de líquido > 10mm nessa incidência usualmente permite a realização de toracocentese com segurança.

Ultrassonografia: superior à radiografia de tórax na detecção de derrame pleural. Pode ser realizado à beira do leito e não tem contra-indicações. Detecta septações com sensibilidade superior à tomografia computadorizada. Utilizado também para guiar a toracocentese diagnóstica.

Tomografia computadorizada de tórax: útil na avaliação do diagnóstico etiológico como neoplasia, TEP (angio-CT), pneumonia, etc. Auxilia na diferenciação de abscesso e empiema. Pode evidenciar septações e derrame loculado.

À exceção dos casos de IC (vide fluxograma), deve-se proceder à toracocentese diagnóstica.

Raio-X de tórax após toracocentese: porém o exame está indicado em caso de tosse, dor torácica, piora da dispneia ou saída de ar durante a toracocentese.

Aspecto do líquido pleural:

- Amarelo-citrino: mais comum.
- Turvo: derrame inflamatório, presença de lipídios, excesso de proteínas ou células.
- Leitoso: quilotórax.
- Purulento: empiema
- Hemorrágico: acidente de punção, neoplasia, tuberculose, TEP
- Odor de urina: urinotórax

Exames laboratoriais:

Sangue: proteínas totais, LDH, albumina, glicose

Líquido pleural: proteínas totais, LDH, albumina, glicose, pH, celularidade total e diferencial, cultura

* a depender da suspeita clínica, podem ser solicitados exames adicionais no líquido pleural:

- neoplasia: citologia oncótica
- tuberculose: baciloscopia/cultura para BK, PCR para BK e ADA (adenosina deaminase)
- quilotórax: triglicérides

- hemotórax: hematócrito

Critérios de Light: (sensibilidade 98%; especificidade: 83%)

Diferenciação entre transudato e exsudato. Exsudatos preenchem pelo menos um dos critérios:

- Relação entre as proteínas do líquido pleural/sérico > 0,5;
- Relação entre LDH do líquido pleural/sérico > 0,6;
- LDH do líquido pleural mais de 2/3 do limite superior da normalidade

* Se o quadro clínico for compatível com derrame transudativo e o resultado da análise do líquido pleural mostrar exsudato, especialmente com valores limítrofes (p. ex. relação de proteínas = 0,51 ou relação de LDH = 0,62) e paciente em uso de diurético, pode-se tratar de falso positivo para exsudato. Deve-se aplicar outro marcador com maior especificidade:

- * Outros achados que sugerem exsudato:
 - albumina sérica – albumina do líquido pleural $\leq 1,2$ (especificidade 92%)
 - proteínas totais sérica – proteínas totais do líquido pleural < 3,1

Celularidade do líquido pleural:

- Predomínio de PMN (> 50%): derrame parapneumônico, embolia pulmonar, pancreatite
- Predomínio de linfócitos: tuberculose ou neoplasia. Pode ocorrer no derrame após cirurgia de revascularização coronariana
- Eosinófilos (> 10%): sangue ou ar na pleura. Pode ocorrer no derrame por reação a drogas

Critérios para derrame parapneumônico complicado:

1. pH < 7,20
2. Gram / cultura positiva
3. Glicose < 60 mg/dL
4. LDH > 1000 U/L*

* critério menos específico; levar em consideração quadro clínico e volume do derrame

NÃO SE DEVE APLICAR CRITÉRIOS DE COMPLICAÇÃO PARA OUTROS TIPOS DE DERRAME PLEURAL, APENAS PARA O DERRAME PARAPNEUMÔNICO!

* a depender da suspeita clínica, podem ser solicitados exames adicionais no líquido pleural:

- neoplasia: citologia oncológica

- hemotórax: hematócrito (confirma hemotórax se > 50% do hematócrito do sangue e indica drenagem de tórax)

- quilotórax: triglicérides (> 110 mg/dL)

- urinotórax: uréia e creatinina

- colagenose: FAN, fator reumatóide

TUBERCULOSE PLEURAL:

- Baciloscopia: sensibilidade 5-10%

- Cultura para BK: sensibilidade 30%

- PCR para BK: especificidade > 90%
- ADA (adenosina deaminase): > 40U/L diagnóstica TB pleural (nos exsudatos linfocíticos). Sensibilidade 91-100% e especificidade 81-94%
- > 5% células mesoteliais no líquido tornam a hipótese de TB pleural pouco provável
- Caso investigação laboratorial seja negativa e persista hipótese diagnóstica de TB, indicada biópsia pleural

Tratamento:

Transudatos: tratamento direcionado à causa-base. Usualmente envolve restrição de sódio e uso de diuréticos.

Derrame parapneumônico: antibioticoterapia.

Derrame parapneumônico complicado: antibioticoterapia e drenagem de tórax.

Empiema (pus no espaço pleural): antibioticoterapia e drenagem de tórax.

* No derrame parapneumônico complicado e empiema multiloculados, a videotoracoscopia é o tratamento preferencial.

Derrame pleural neoplásico: toracocentese de alívio se paciente sintomático. Nos casos refratários à quimioterapia e com necessidade de toracocentese de alívio de repetição, considerar pleurodese.

TORACOCENTESE DE ALÍVIO: não retirar volume > 1500ml pelo risco de edema pulmonar de reexpansão.

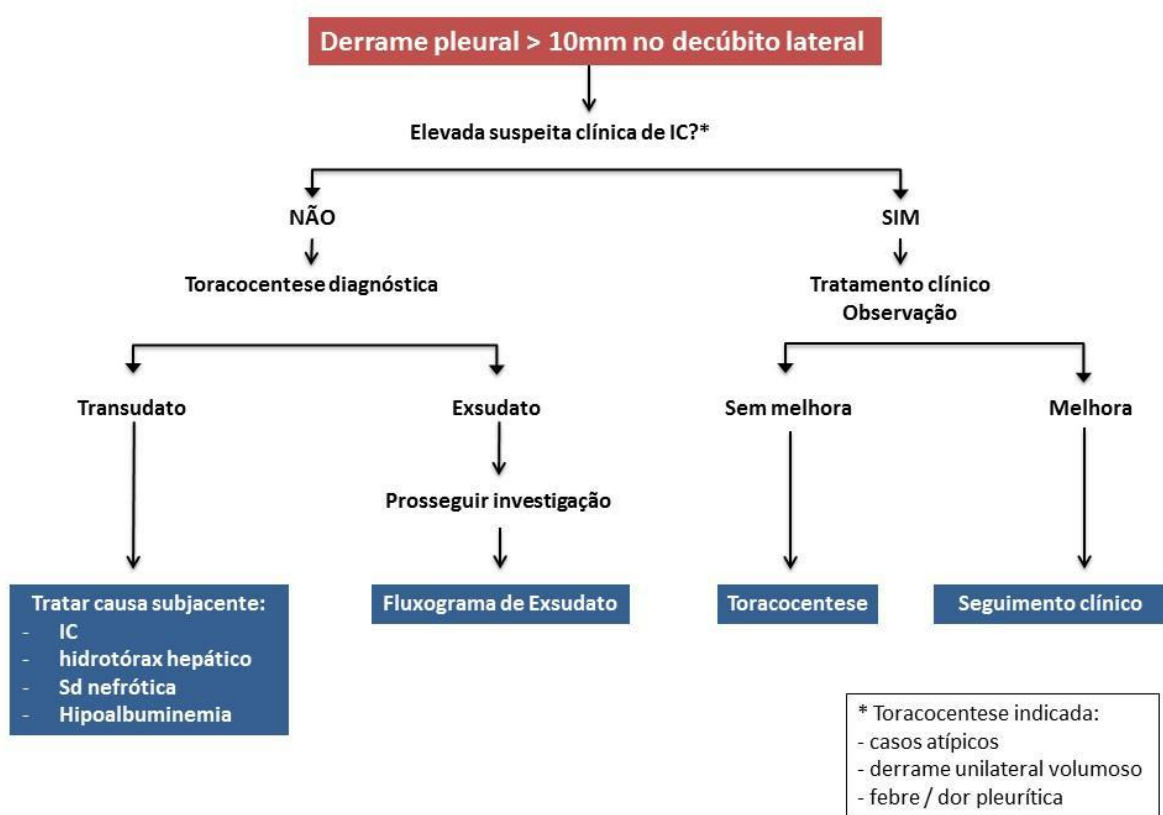
Referências Bibliográficas:

1. British Thoracic Society Pleural Disease Guideline 2010. Thorax. 2010 Aug;65 Suppl 2
2. Diretrizes na Abordagem Diagnóstica e Terapêutica das Doenças Pleurais. Jornal Brasileiro de Pneumologia 2006 - Vol. 32 - Supl. 4
3. Light RW. The Light criteria: the beginning and why they are useful 40 years later. Clin Chest Med. 2013 Mar;34(1):21-6

Considerações Administrativas: Aprovado.

Anexos:

Fluxograma 1. Abordagem diagnóstica do derrame pleural



Fluxograma 2. Abordagem diagnóstica do derrame pleural exsudativo

