



**Respuesta de los autores**

**Sr. Director:** En relación con la carta de Jiménez Castro et al, nos gustaría aclarar algunas cuestiones y, ante todo, agradecerles su interés por nuestra publicación.

Es posible que el uso del término *empiema* en el caso que nos ocupa no sea totalmente correcto, pero nos gustaría destacar el vacío terminológico que existe a la hora de denominar un derrame pleural, que en principio es un trasudado, se sobreinfecta y cumple criterios bioquímicos de complicación sin ser secundario a una neumonía. Algunos autores, a efectos prácticos, amplían el concepto de empiema a aquellos líquidos con tinción de Gram o cultivo positivo<sup>1,3</sup>. Por otro lado, el término *empiema bacteriano* espontáneo fue acuñado por Xiol et al<sup>4,5</sup>, que lo definieron según criterios microbiológicos y de recuento celular, sin incluir entre ellos la purulencia del líquido pleural.

En cuanto a la conveniencia de realizar cultivo de los trasudados pleurales, queremos destacar que nos referimos sólo a los hidrotórax de pacientes cirróticos, cuya frecuencia es del 5-10%<sup>6</sup> de todos los pacientes con cirrosis. El trabajo al que hacen referencia Jiménez

Castro et al<sup>7</sup> está realizado sobre pacientes con derrames paraneumónicos, que no es el caso de nuestra carta. Además, es importante señalar el paralelismo que existe entre esta entidad y la peritonitis bacteriana espontánea. En esta última, la clínica es poco sensible a la hora de indicar si un líquido peritoneal está infectado o no, y es una recomendación general solicitar estudio bioquímico y microbiológico en todos los casos. De la misma forma, en estos pacientes la bioquímica del líquido pleural no orienta sobre su posible complicación ni la predice, ya que un trasudado puede estar infectado y evolucionar hacia un derrame complicado y/o un empiema, como ocurrió en nuestro paciente.

**E. Laserna Martínez, R. Luque Márquez<sup>a</sup>  
y A. Ruiz García**

Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. <sup>a</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

1. Davies RJO, Traill ZC, Gleeson FV. Randomised controlled trial of intrapleural streptokinase in community acquired pleural infection. *Thorax* 1997;52:416-21.
2. Huang HC, Chang HY, Chen CW, Lee CH, Hsiue TR. Predicting factors for outcome of tube thoracostomy in complicated parapneumonic effusions or empyema. *Chest* 1999;115:751-6.
3. Alfageme I, Muñoz F, Peña N, Umbría S. Empyema of the thorax in adults. *Chest* 1993;103:839-43.
4. Xiol X, Castellví JM, Guardiola J, Sesé E, Castellote J, Perelló A, et al. Spontaneous bacterial empyema in cirrhotic patients: a prospective study. *Hepatology* 1996;23:719-23.
5. Xiol X, Castellote J, Baliellas C, Ariza J, Giménez A, Guardiola J, et al. Spontaneous bacterial empyema in cirrhotic patients: analysis of eleven cases. *Hepatology* 1990;11:365-70.
6. Lazaridis KN, Frank JW, Krowka MJ, Kamath PS. Hepatic hydrothorax: pathogenesis, diagnosis, and management. *Am J Med* 1999;107:262-67.
7. Jiménez Castro D, Díaz Nuevo G, Pérez-Rodríguez E. Routine use of pleural fluid cultures. Are they indicated? *Eur Respir J* 2001;18:139.