

INFORME DE CASO

Hemotórax espontáneo idiopático. A propósito de un caso

Dr. Luis Alberto Santos Pérez¹

RESUMEN

El hemotórax, cuando no existe antecedente de traumatismo, es una enfermedad clínica infrecuente en la Unidad de Cuidados Intensivos; se presenta, en ocasiones, como manifestación clínica de tumores, iatrogenias, coagulopatías o como hemotórax no traumático, denominado hemotórax espontáneo. Se presenta el caso de un hemotórax espontáneo en un joven de 22 años sin antecedentes de traumatismo físico, tos, expectoración o fiebre que fue atendido en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Provincial Universitario “Arnaldo Milián Castro” de la Ciudad de Santa Clara, Villa Clara, Cuba. El resultado de la biopsia pleural fue pleuritis crónica con reacción mesotelial; fue considerado un hemotórax espontáneo idiopático.

DeCS:

HEMOTORAX/diagnóstico
TORACOTOMIA
EFICACIA

SUMMARY

Hemothoraxes are a rare clinical entity at the Intensive Care Unit when there is not a previous trauma. It appears sometimes as a clinical manifestation of tumours, iatrogenies, coagulopathies, or as a non-traumatic hemothorax, called spontaneous hemothorax. The case of a 22 year old man with a spontaneous hemothorax and no previous history of trauma, cough, sputum production or fever, is presented. The patient was admitted to the Intensive Care Unit of the Arnaldo Milián Castro University Hospital in Santa Clara city, Villa Clara, Cuba. The diagnosis by pleural biopsy was chronic pleuritis with mesothelial reaction, and the case was considered as an idiopathic spontaneous hemothorax.

MeSH:

HEMOTHORAX/diagnosis
THORACOTOMY
EFFICACY

El derrame pleural hemático en el que el hematocrito es mayor o igual al 50% del hematocrito de la sangre periférica se denomina hemotórax; sin embargo, este criterio diagnóstico puede no cumplirse estrictamente porque, en ocasiones, el tiempo transcurrido desde el momento del sangrado hasta la realización de la toracocentesis permite la dilución de la sangre en la cavidad pleural.¹ El

hemotórax espontáneo masivo es una enfermedad clínica infrecuente que ocurre sin antecedentes de traumatismos. Las causas más frecuentes de hemotórax son los traumatismos, las iatrogenias (canalización de las vías centrales, punciones pleuro-pulmonares, técnicas endoscópicas, arteriográficas, quirúrgicas, etc.) o no traumático (denominado hemotórax espontáneo), muy poco frecuente y cuyas causas pueden ser la metástasis pleural o la complicación de la terapia de anticoagulación por embolia pulmonar, pero puede ocurrir como resultado de la ruptura de un vaso sanguíneo anormal intratorácico como un aneurisma de la aorta o de la arteria pulmonar, un ductus arterioso o una coartación de la aorta; o por desórdenes de la coagulación como la hemofilia y las trombocitopenias y además como complicación de un neumotórax espontáneo, el secuestro broncopulmonar, la endometriosis torácica, la neumonía por varicela, la hematopoyesis extramedular intratorácica, las alteraciones vasculares, óseas o pulmonares, etc. Finalmente, existe otro grupo de origen completamente desconocido: el hemotórax espontáneo idiopático,² descrito en pocas ocasiones, cuya causa permanece desconocida después de la toracotomía exploradora.³

En enfermos con hemotórax debe colocarse un tubo torácico que permite una casi completa evacuación de la sangre del espacio pleural al tiempo que se cuantifica la pérdida si el paciente continúa sangrando, disminuye la incidencia posterior de empiema y la incidencia subsiguiente de fibrotórax; además, la sangre drenada del espacio pleural puede ser autotransfundida. La gran mayoría de los pacientes mejoran con una sonda de toracostomía, pero entre el 5 y el 30% de ellos pueden desarrollar un hemotórax coagulado que, si no se drena, puede terminar en fibrotórax o empiema, por lo que actualmente se acepta y se recomienda la toracoscopía como terapéutica de primera línea y se deja la toracotomía como una alternativa cuando con la primera no se logra evacuar los coágulos o no se consigue la reexpansión pulmonar completa; si la hemorragia pleural persiste es indicación de pronta toracotomía. No existe un criterio preciso en cuanto a la magnitud del sangrado para considerar la toracotomía; debe evaluarse cada caso en particular, pero un sangrado de más de 100-200ml/hora debe hacer pensar seriamente en esta posibilidad.⁴

PRESENTACION DEL PACIENTE

En la Unidad Polivalente de Cuidados Intensivos (UCI) de este hospital se atendió un joven de 22 años de edad que ingresó a la Sala de Cirugía por dolor intenso en la base del hemotórax izquierdo, acompañado de dificultad respiratoria, vértigo y síncope; no había antecedente de traumatismo, tos productiva o fiebre. Los ruidos respiratorios estaban ausentes en la base pulmonar izquierda, existía además matidez a la percusión. En la radiografía (Rx) posteroanterior del tórax se observó radiopacidad sugestiva de una colección líquida en el espacio pleural izquierdo (figura 1). Mediante una punción pleural con un trocar de punción lumbar 18 French se obtuvo un drenaje espontáneo de 200ml de sangre. El hematocrito fue de 0.30v/L en el aspirado, las pruebas de coagulación fueron todos normales y el recuento plaquetario fue de $160 \times 10^9/L$.



Figura 1. *Rx de tórax al ingreso que muestra derrame pleural izquierdo de mediana cuantía*

Se realizó toracotomía infraaxilar derecha por la técnica de Bordóni -se evacuaron 2 500ml de sangre- y además pleurodesis y se colocaron dos tubos 40 French para drenaje; el paciente requirió transfusión de tres unidades de glóbulos. En su postoperatorio inmediato fue ingresado en la UCI. Una tomografía axial computadorizada (TAC) de tórax postoperatoria fue normal. Su evolución postoperatoria transcurrió sin complicaciones y se trasladó cuatro días después, con una radiografía de tórax normal, a la Sala de Cirugía, de la que fue egresado al décimo día en condiciones estables. El resultado de la biopsia pleural fue negativo de proceso tumoral -fragmento de tejido pleural que mostró infiltrado inflamatorio crónico con abundantes linfocitos, histiocitos y células plasmáticas-, además se observaron células mesoteliales reactivas. Conclusiones: pleuritis crónica con reacción mesotelial.

COMENTARIO FINAL

El hemotórax espontáneo sin neumotórax es una enfermedad rara, pues lo más común es el hemo-neumotórax espontáneo por la ruptura de las adherencias pleurales. Entre sus causas están las malformaciones arteriovenosas pulmonares que aparecen en 2-3/100.000 habitantes: la telangiectasia hemorrágica hereditaria o enfermedad de Rendu-Osler-Weber se asocia con frecuencia con dichas malformaciones,⁵ las que se localizan en un 95% en la circulación pulmonar y tan sólo en un 5% en la sistémica;⁶ aunque entre las manifestaciones clínicas de mayor gravedad en la enfermedad de Rendu-Osler-Weber están la hemoptisis masiva y el hemotórax,^{7,8} es excepcional la presentación de esta enfermedad como hemotórax espontáneo. El diagnóstico de las malformaciones

arteriovenosas suele realizarse por TAC -que resultó normal en este paciente-, aunque en ocasiones es necesaria una arteriografía como opción diagnóstica y terapéutica.⁷

Se ha descrito también el hemotórax espontáneo como forma de presentación de un angiosarcoma de pulmones y pleura, como manifestación de un condroblastoma quístico⁷ y en un angiosarcoma cardíaco, en el que la invasión pericárdica y la ruptura del pericardio y el miocardio adyacentes provocaron el sangramiento dentro de la cavidad pleural;⁹ por otra parte, el hemotórax espontáneo es raramente informado en la literatura como presentación del cáncer de pulmón, se presenta en la enfermedad maligna menos comúnmente que el neumotórax¹ y es excepcional en otros tumores como el blastoma o el angiosarcoma pleuropulmonar; de igual modo, los tumores mediastinales y pleurales son también causas raras. El hemotórax está solo excepcionalmente asociado con infecciones, aunque la literatura contiene algunos pocos de estos casos en el contexto de sepsis, infección micótica y varicela; otra causa quizás algo más frecuente es la exostosis costal.¹ Cuando no se ha encontrado ninguna causa de hemotórax el caso es considerado como hemotórax idiopático.

En este paciente el hemotórax traumático o iatrogénico fue descartado al no existir evidencia de trauma en el tórax, biopsia pleural, punción pulmonar percutánea, biopsia transbronquial o terapia endoscópica para várices esofágicas. No se encontró ninguna causa secundaria de hemotórax por exploración quirúrgica, biopsia o TAC como ruptura de un vaso sanguíneo intratorácico -aneurisma de aorta, arteria pulmonar, ductus arterioso o coartación de aorta-, secuestro broncopulmonar o hematopoyesis extramedular intratorácica. No se encontraron otras causas de hemotórax espontáneo, como los trastornos de la coagulación -hemofilia, trombocitopenia- o como la complicación de neumotórax espontáneo, por lo que se concluyó como hemotórax espontáneo idiopático. Este paciente originó una discusión polémica en el Servicio de Cirugía General en relación con la conducta a tomar: pleurotomía o toracotomía exploradora, finalmente se decidió realizar el último procedimiento, el que permitió, además de la pleurodesis, tomar una muestra de pleura para biopsia: el resultado fue compatible con una pleuritis crónica con reacción mesotelial y fue ilustrativo de cómo el manejo temprano operatorio por toracotomía disminuye el riesgo de morbilidad y mortalidad en los pacientes con hemotórax.¹⁰

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez FJ, Villanueva AG, Pickering R, Becker FS, Smith DR. Spontaneous hemothorax. Report of 6 cases and review of the literature. *Medicine (Baltimore)*. 1992; 71:354-68.
2. Kuo YC, Wang HC, Chu KA, Lu JY. Chronic myeloid leukemia initially presenting with spontaneous mediastinal hematoma and hemothorax. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei)*. 2000; 63:170-4.
3. García-Talavera I, Pérez NL, Casanova MC. Hemotórax espontáneo idiopático. *Arch Bronconeumol*. 2000; 36:59-60.
4. Villegas Lanau MI, Morales Uribe CH. Drenaje del hemotórax coagulado mediante toracosopia. Factores predictivos de éxito. *Rev Colomb Cir [Internet]*. 2000 [citado el

23 de abril de 2009];15(1):[aprox. 2 p.]. Disponible en:

http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=18022&id_seccion=1431&id_ejemplar=1881&id_revista=96

5. Ausín HP, Gómez-Caro AA, Moradiellos Díez FJ. Hemotórax espontáneo por rotura de aneurisma de arteria pulmonar en la enfermedad de Rendu-Osler-Weber. Arch Bronconeumol. 2004;40:603.
6. López Vime R, De Miguel DJ, Jara ChB, Salgado SR, Gómez Santos D, Serrano IJ A. Diagnóstico y tratamiento de las fístulas arteriovenosas pulmonares. Arch Bronconeumol. 2002;38:288-90.
7. Varsano S, Edelstein E, Gendel B, Smorzik J. Hemotórax masivo espontáneo bilateral y unilateral como manifestación de tumores infrecuentes. Respiration [Internet]. 2004 [citado el 23 de abril de 2009];6(2):[aprox. 2 p.]. Disponible en: http://www.grupoaulamedica.com/web/archivos_rojo/revistas_actual.cfm?idRevista=198.
8. Barreiro JM, Leiro FV, Piñeiro AL. Cardiac angiosarcoma presenting as hemothorax. Arch Bronconeumol. 2005;41:105-105.
9. Liu SF, Wu CC, Lai YF, Hsieh MJ. Massive hemoptysis and hemothorax caused by pleuropulmonary angiosarcoma. Am J Emerg Med. 2002;20:374-5.
10. Congregado M, Loscertales J, Girón-Arjona JC, Jiménez-Merchán R, Arroyo-Tristán A, González CR. Cirugía videotoracoscópica videoasistida en 3 casos de malformación adenoide quística en adulto. Arch Bronconeumol. 2004;40:236-9.

DE LOS AUTORES

1. Especialista de I Grado en Medicina Interna y de I y II Grados en Medicina Intensiva y Emergencias. Master en Enfermedades Infecciosas. Master en Medicina Intensiva y Emergencias en la APS. Profesor Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz". E-mail: santosla@capiro.vcl.sld.cu.