

HIDROTÓRAX HEPÁTICO DE PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE

Dr. Grover Vargas Bazoalto - Servicio de Medicina del Instituto Gastroenterológico Boliviano - Japonés de Cochabamba

Dra. Mariela A. Villalpando de la Barra - Servicio de Medicina Interna Hospital Clínico Viedma

Dra. Ingrid Gainsborg Rivas - Servicio de Medicina del Instituto Gastroenterológico Boliviano - Japonés de Cochabamba

RESUMEN

Describimos el caso de un paciente con cirrosis hepática e hipertensión portal que presento un hidrotórax masivo en ausencia de ascitis y que tuvo una resolución completa al tratamiento con restricción hidrosalina y diuréticos.

Se trata de una presentación poco frecuente en la practica clínica que nos obliga a realizar un adecuado diagnóstico diferencial.

Palabras clave: Hidrotórax hepático. Cirrosis hepática. Hipertensión portal. Diuréticos

INTRODUCCIÓN

El hidrotórax consiste en el acúmulo de líquido en el espacio pleural siendo una complicación cuya incidencia se calcula está en torno a un 5% de cirróticos en ausencia de patología cardíaca, pulmonar o pleural. La mayoría de estos derrames pleurales son de escaso volumen y pueden pasar desapercibidos, pero en ocasiones el hidrotórax es masivo y plantea dificultades clínico-terapéuticas. Generalmente se producen en el hemitórax derecho (85%), aunque en ocasiones pueden ser izquierdos o bilaterales (1).

El líquido pleural cumple con los criterios bioquímicos de trasudado (2).

Esta complicación se produce a consecuencia del paso de líquido ascítico a la cavidad pleural a través de microperforaciones a nivel del diafragma (2).

El hidrotórax suele aparecer en pacientes cirróticos con historia previa de ascitis, aunque en ocasiones raras el derrame pleural se presenta en pacientes sin líquido ascítico debido al efecto directo de la presión intratorácica negativa (3).

El tratamiento inicial se realiza en base a dieta hiposódica y diuréticos (4) y cuando es masivo y se presenta con dificultad respiratoria se echa mano a la paracentesis evacuadora en pacientes con ascitis y si no mejora la dificultad respiratoria con esta medida se indica la toracocentesis evacuadora (2), con reposición de albúmina (5 gramos por cada 1000 ml. de liquido evacuado) (5). En pacientes sin líquido ascítico y dificultad respiratoria se realiza la toracocentesis evacuadora (5).

La hemorragia digestiva por rotura de varices gastroesofágicas es una consecuencia directa de la hipertensión portal, el riesgo de sangrado aumenta un 4% cada año y se relaciona con el tamaño de la varice (6).

El tratamiento durante una hemorragia digestiva activa se basa en: medidas generales, sustitución del volumen sanguíneo, antibióticos, fármacos (vasopresina-terlipresina-somatostatina-octreotido), endoscópico (esclerosis-ligadura), sonda de globo, DPSIT y cirugía (derivación quirúrgica) (6).

La presentación de hidrotórax hepático en paciente sin ascitis es una asociación rara que nos lleva a describir este caso.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 48 años de edad, que acude por hemorragia digestiva alta secundaria a varices esofágicas grado III con sangrado activo controlado mediante esclerosis con alcohol absoluto y ligadura endoscópica (Fig.:1);

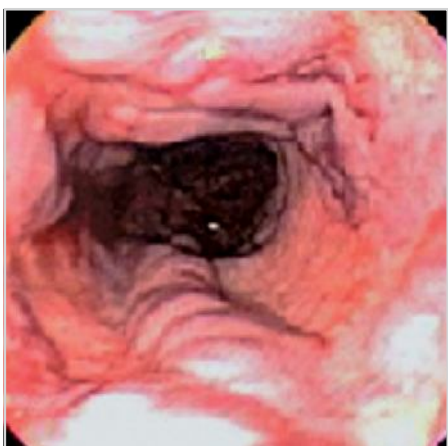


FIGURA: 1
VÁRICES ESOFAGICAS GRADO III



FIGURA: 1
SANGRADO ACTIVO

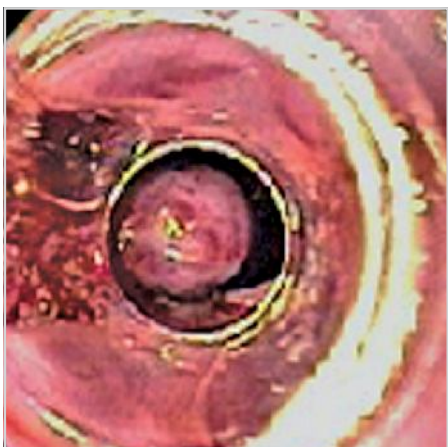
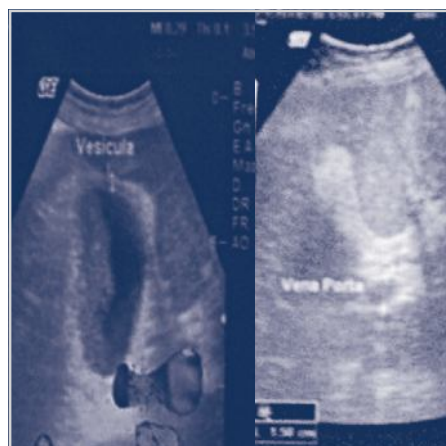
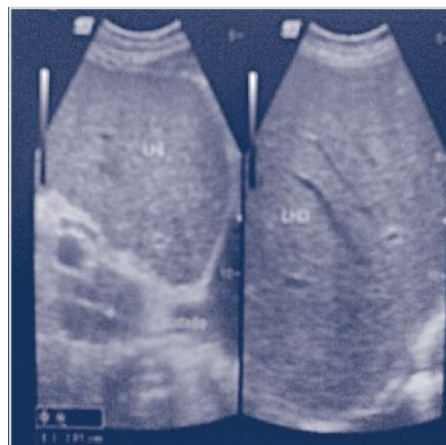


FIGURA:1
LIGUDURA ENDOSCÓPICA

La ecografía demostró: hepatopatía crónica, datos de hipertensión portal (vena porta a 16, esplenomegalia) y mínimo derrame pleural derecho

(Fig.:2). HÍGADO





Laboratorios Child Pugh B (ver tabla I. Radiografía de tórax: normal (Fig.:3). 5 días posterior a su ingreso el paciente refiere leve disnea y al examen físico se evidencia disminución del murmullo vesicular y matides en base pulmonar derecha por lo que se toma radiografía de tórax (Fig. 4) evidenciando derrame pleural en hemitórax derecho, se realiza nueva ecografía abdominal que descarta presencia de liquido ascítico y toracocentesis que evidencia un trasudado.(ver tabla II)

TABLA II LÍQUIDO ASCÍTICO

	7-0.7.2008	11.07.2008
Proteínas	1.3	1.8
Glicemia	92	103
leucocitos	340	30
neutrofilos	9%	9%
linfocitos	90%	90%
ADA de liquido	negativo	negativo
citología	negativo	negativo
cultivo	negativo	negativo

Se instaure restricción hidrosalina y diuréticos- 2 días posteriores se toma nueva placa radiográfica (Fig.: 5) identificando aumento del derrame pero sin aumento de la disnea y no existían datos de

dificultad respiratoria -se continua tratamiento - y se repite toracocentesis diagnostica dando resultados parecidos al primero. A los 5 días se realiza control radiográfico (Fig.:6) identificando aumento del derrame con un paciente estable sin signos de dificultad respiratoria). –se agrega dosis de diuréticos- paciente con buena diuresis y balance hídrico negativo se realiza control radiográfico a la semana (Fig.:7) evidenciando una mejoría importante -se continua medicación- a los 7 días nuevo control radiográfico (Fig.:8) evidenciando ausencia de derrame pleural. Paciente es dado de alta con controles por consulta externa.

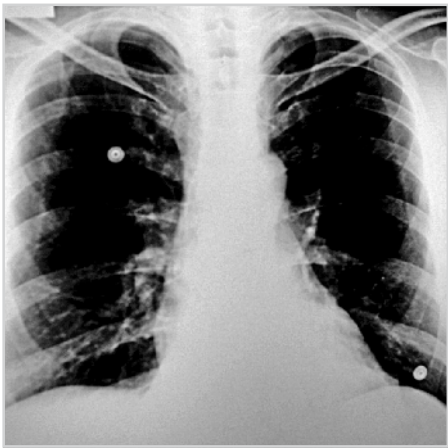


TABLA 3

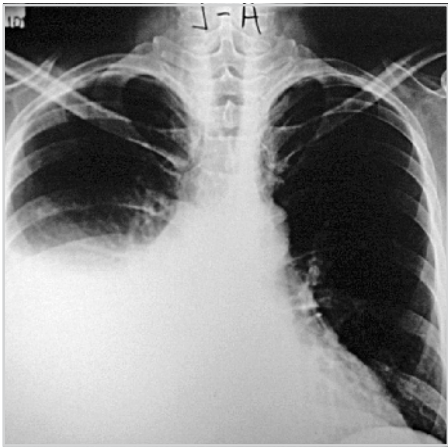


TABLA 4

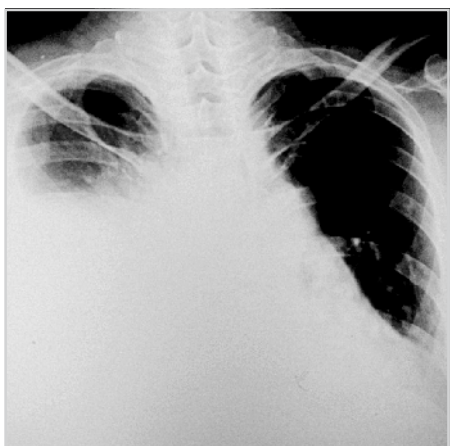


TABLA 5



TABLA 8

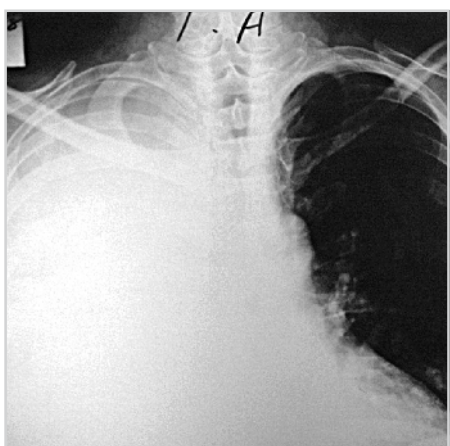


TABLA 6

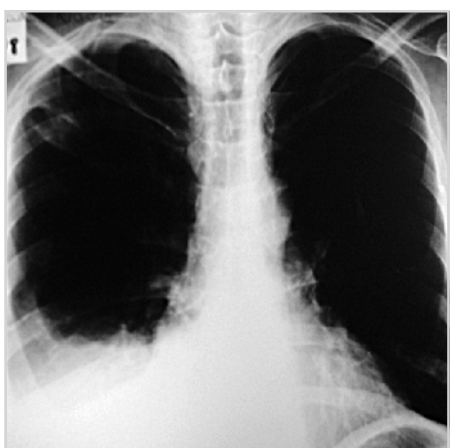


TABLA 7

DISCUSIÓN

El hidrotórax hepático se presenta en el 5% al 10% de los pacientes cirróticos, de estos una gran mayoría presenta ascitis un número pequeño se presenta sin ascitis.

La presentación clínica es muy variable por lo general pasan desapercibidos y en menor número con signos de dificultad respiratoria que obliga a una conducta inmediata.

La presentación de este cuadro implica la realización de un adecuado diagnóstico diferencial que se lo realiza a través de la toracocentesis diagnóstica (citoquímico, ADA, citología, cultivo).

El manejo inicial es parecido al que se realiza en paciente con síndrome ascético-edematoso: dieta sin sal mas diuréticos (furosemida y espironolactona en dosis crecientes de acuerdo a respuesta) y disminución de la presión en la vena porta (Ejm: propranolol).

La toracocentesis evacuadora llamada también terapéutica solo esta indicada cuando existen datos de insuficiencia respiratoria.

TABLA 1

	30-06-2008	01-07-2008	04-07-2008	11-07-2008
G. Blancos	13.100	10.800	4.600	9.100
Segmentados	80%	76	73	80
Hemoglobina	9.2	8.0	8.8	9.7
Plaquetas	304.000	71.000	69.000	190.000
T.P.	35.5%	28.4%	40%	41%
Glicemia	148		97	80
Creatinina	1,5		0.9	0.9
Urea	108			
B. Directa	0.6			
B. Indirecta	0.8			
GOT	48			
GPT	36			
FA	214			
GGTP				
Albumina	3.4		3.5	
Globulina	2.6		0.9	
Na	132			140
K	4.9			3.1

Cuando no responde se tiene otras opciones: tubo de tórax a permanencia que es muy incomodo y molesto para el paciente; pleurodesis que no ha tenido buenos resultados en este grupo de pacientes; octreotido con descripciones de buenos resultados en casos aislados; la cirugía torácica para cierre de comunicaciones que implica gran morbi-mortalidad y los TIPS que han tenido buenos resultados en grupos de pacientes seleccionados por las complicaciones inherentes al procedimiento (4).

En nuestro paciente se tuvo una respuesta favorable al tratamiento inicial con dieta y diuréticos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Cabrera J. Hidrotórax hepático. En: Berenguer J, Bruguera M, García-Bengoechea M y Rodrigo L eds. Tratamiento de las enfermedades hepáticas y biliares. ELBA SA; 2001: 111-117.
- 2.- Schiff's. Manifestaciones pulmonares de la hepatopatía. Marban 2007. Madrid-España. Pagina 547.
- 3.- Alberts WM, Salem AH, Solomon DA, et al. Hepatic hydrothorax: cause and management. *Ach Intern Med* 1991;151:2383-2388.
- 4.- M Barreales, S. Saenz-Lopez, A. Igarzabal, T. Muñoz-Yague, B Casis, F. Alonso-Navas and J.A. Solis Herruzo. Hidrotorax Hepatico refractario: tratamiento eficaz con octreotido. *Revista Española de enfermedades digestivas* volumen 97 numero 11 2005 Pagina 830.
- 5.- J. Castellote, X.Xiol, R. Cortes Beut, G. Tremosa, E. Rodriguez y S. Vazquez. Complicaciones de la toracocentesis en pacientes con cirrosis y derrame pleural. *Revista española de enfermedades digestivas*. Volumen 93, numero 9, 2001 pagina 566.
- 6.- Schiff's. Hipertensión portal. Marban 2007. Madrid-España. Pagina 425-478.