

Contenido intestinal en cavidad pleural. A propósito de un caso.

Autor: Dr. Victor Manuel Sierra Alfonso

Esp. 1^{er} grado en MGI

Esp. 1^{er} grado en Cirugía General

Profesor Auxiliar

Investigador Agregado

e-mail: victor.sierra@infomed.sld.cu

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3150-3818>

Dirección: calle 34 #2726 entre línea y final, Melena del Sur, Mayabeque.

Facultad de Ciencias Médicas de Mayabeque

Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Aleida Fernández Chardiet"

Tipo de caso clínico: Estudio de caso

Resumen

El derrame pleural es una acumulación anormal de líquido en el espacio pleural. El espacio pleural es una cavidad virtual dentro de la caja torácica entre la pleura parietal y visceral. Existe un equilibrio con una tasa aproximadamente igual de formación y absorción del líquido, el cual lubrica la superficie de las pleuras y facilita el movimiento de los pulmones a través de la pared torácica y el diafragma durante la inspiración y la espiración. Se presenta el diagnóstico de un raro caso de derrame pleural, algo inusual como resultado de la aspiración a través de una pleurostomía. Principalmente por ser un tipo de derrame pleural no informado en la literatura. Se trata de un paciente masculino que se le diagnosticó un derrame pleural, que finalmente hay que realizarle una pleurostomía mínima baja y se obtiene como resultado líquido intestinal.

Palabras clave: derrame pleural, contenido intestinal

Introducción

El derrame pleural es una acumulación anormal de líquido en el espacio pleural. ¹

En ovejas, las cuales presentan una anatomía pleural similar a la de los humanos, se ha demostrado que, existe un espacio entre ellas y mide 18-20 micrómetros de ancho. ²

El espacio pleural es una cavidad virtual dentro de la caja torácica entre la pleura parietal y visceral. Normalmente, se produce una pequeña cantidad fisiológica de líquido pleural: cerca de 0,1-0,26 ml/kg. ¹

Existe un equilibrio con una tasa aproximadamente igual de formación y absorción del líquido, el cual lubrica la superficie de las pleuras y facilita el movimiento de los pulmones a través de la pared torácica y el diafragma durante la inspiración y la espiración. ^{1,2}

El líquido pleural puede originarse en los capilares pleurales (principalmente parietales), el espacio intersticial pulmonar, los linfáticos, los vasos sanguíneos intratorácicos o la cavidad peritoneal, ^{2,3} debido a la diferencia de presiones hidrostáticas y oncóticas entre los capilares de ambas hojas pleurales y el espacio pleural. ³ Su reabsorción se lleva a cabo a través de pequeños estomas en la pleura parietal, que a su vez drenan en los vasos linfáticos torácicos ^{2,4,5}, de forma similar a lo que sucede en otros espacios intersticiales del organismo. ³

Cualquier acumulación por encima de dicho límite y que sea clínicamente evidente corresponde a un derrame pleural. ⁴

Afecta aproximadamente a 1,5 millones de personas en Norte América cada año. Dentro de las causas más frecuentes se destaca la falla cardíaca congestiva, el derrame paraneumónico, la malignidad y la embolia pulmonar. Esta situación cambia en Suramérica, donde algunas series mencionan la tuberculosis, neumonía y la malignidad como las principales causas del derrame pleural. ¹

La mortalidad es alta (10-20 %) si el derrame es de etiología infecciosa, específicamente, el derrame pleural paraneumónico complicado o empiema, donde el diagnóstico y tratamiento precoz impactará en el pronóstico y supervivencia de los pacientes. ¹

Se presenta el diagnóstico de un raro caso de derrame pleural, algo inusual como resultado de la aspiración a través de una pleurostomía. Principalmente por ser un tipo de derrame pleural no informado en la literatura.

Presentación del Caso.

Motivo de ingreso: falta de aire.

Historia de la enfermedad actual: Paciente masculino, blanco, de 51 años de edad, con ocupación chofer de camión de transporte de carga, con antecedentes patológicos familiares de padre y madre con hipertensión arterial. Hábitos tóxicos: bebedor ocasional.

Con antecedentes patológicos personales de estar operado hacía mas menos dos años de un Tumor de Klatskin, al cual se le realizó resección de vías biliares y hepaticoyeyunostomía, con complicación postoperatoria al séptimo día de operado, que requirió ingreso nuevamente. Pielonefritis a repetición, posterior a dicha cirugía.

Descripción del caso: Cinco días antes del ingreso comenzó con fiebre elevada de 40 °C en una ocasión, con vómitos esporádicos. Como además tenía antecedentes de pielonefritis aguda a repetición, con confirmación de leucocituria en un parcial de orina, le indicaron tratamiento antibiótico en el área de salud con Ciprofloxacino 2 tabletas cada 12 horas.

Dos días antes del ingreso aparecieron otros síntomas. Comenzó a presentar disnea acompañada de tos húmeda y expectoración amarillo verdosa que se constató era de color bilioso (bilitipsis) y el paciente refirió que esta expectoración la tenía a partir de la operación del tumor de Klatskin.

Al examen físico:

Mucosas húmedas y ligeramente hipocoloreadas.

TCS no infiltrado.

Aparato respiratorio: hemitórax derecho abombado, expansibilidad torácica disminuida en el hemitórax derecho, vibraciones vocales abolidas en dicho hemitórax, murmullo vesicular abolido y matidez a la percusión. FR 28 x min.

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buen tono, no soplos. FC 90 x min. TA 130/80

Abdomen: cicatriz arciforme en cúpula de Hartman. Abdomen blando, depresible, no doloroso, no visceromegalia ni tumor. Sonoridad normal. Ruidos hidroaéreos normales.

Sistema nervioso central: paciente consciente, orientado, no signos de focalización neurológica.

Complementarios de laboratorio.

Hematocrito 036

Leucograma 14,3 x 10⁹/L Polimorfonucleares 80 Linfocitos 20

Eritrosedimentación 58 mm

Coagulograma: tiempo de sangramiento 2 min, tiempo de coagulación 9 min

Coágulo retráctil, conteo de plaquetas 286 000 x mm³

Ionograma y gasometría: pH 7,52 Na⁺ 136 mmol/l K⁺ 3,52 mmol/l Cl⁻ 102 mmol/l HCO₃⁻ 18,7 mmol/l SO₂ 98% PCO₂ 49%

Estudios Imagenológicos.

Ecografía abdominal: No lesión focal hepática, colecistectomizado, con endoprótesis en el lóbulo izquierdo. No ascitis.

Ecografía torácica: Derrame pleural con celularidad y lesiones de aspecto inflamatorio.

Radiografía de Tórax simple PA: Gran derrame pleural derecho. (Figura 1).

Con todo lo anterior se decide realizar una toracocentesis. A través de la misma se extraen 5ml de un líquido de color amarillento, denso, que recordaba el líquido yeyunal bajo y con olor fecaloideo. No drena espontáneamente y se decide realizar pleurostomía mínima baja a nivel del séptimo espacio intercostal, línea axilar posterior. (Figura 2)

Se realiza pleurostomía mínima baja a nivel del 7^{mo} espacio intercostal, línea axilar posterior. Se extraen 3000 ml del líquido descrito en la toracocentesis. (Figura 3)

Después de este proceder, al paciente le desapareció la disnea que presentaba. Al día siguiente fue remitido al Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras para ser evaluado por el grupo de Cirugía Hepato-Bilio-Pancreática, quienes le daban seguimiento desde haber sido operado por su enfermedad de base.

Discusión.

Los trasudados son claros, de color ligeramente amarillo y no presentan coágulos. Los exudados presentan diferentes tonos de color, con opacidad y aspecto turbio variable; y generalmente forman coágulos.⁶

El líquido pleural puede clasificarse en varios tipos y contribuir a los diagnósticos según las peculiaridades que se relacionan a continuación:

1. Acuoso: amarillo claro (probable trasudado).^{4,6}
2. Seroso: amarillento (maligno 50 %, o trasudado).^{4,6}
3. Serohemático: rojizo (maligno, o trasudado).^{4,6,7} asbestosis, embolismo pulmonar, síndrome postinjuria cardiaca^{4,7}
4. Francamente hemático: como la sangre (neoplasias 10 %). Hemotórax.^{6,7}
5. Purulento: con pus, diagnóstico de empiema^{4,6} (después de la centrifugación el líquido se aclara).⁶
6. Turbio: amarillento, viscoso u opaco. Predominio de trasudado.⁶
7. Blanco/Lechoso: como suero lipémico, pero menos espeso que el pus. Quilotórax, contenido de colesterol^{4,6,7}, pseudoquilotórax⁷
8. Marrón o aspecto de pasta de anchoas: Ruptura de absceso hepático amebiano a cavidad pleural, hemotórax crónico^{4,6}
9. Negro: Aspergilosis^{4,7}, melanoma, fistula pancreatopleural y uso de cristal de cocaína, adenocarcinoma broncogénico, hemotórax crónico.⁴; perforación esofágica durante el tratamiento con carbón activado.¹
10. Verde oscuro: Biliotórax.^{4,7}
11. Amarillo verdoso: Derrame pleural reumatoideo⁷
12. Viscoso: Mesotelioma⁴
13. Olor a amoníaco: Urinotórax^{4,7}
14. Pútrido: Empiema anaerobio^{4,7}
15. Trasudado claro como agua: Fistula duro-pleural³

En ninguno de esos artículos se refleja que pueda existir líquido intestinal en el espacio pleural.^{1,4,6,7}. Incluso ni en la literatura básica de los estudiantes de medicina de cirugía general.⁸

Al analizar el hecho que el paciente desde que fue operado del tumor de Klatskin refiere haber tenido de forma esporádica expectoración verdosa (bilitipsis), esto hace pensar al autor que, a partir de la complicación postoperatoria presentada por el paciente, y de la cual no conoce los detalles de la misma, se haya formado una fístula broncobiliar, o enterobronquial.

Fístula entero-freno-pleuro-bronquial si se tomaran para darle nombre las diferentes estructuras que intervendrían en dicha fístula. Esto justificaría la bilitipsis presentada por el paciente a partir de la operación.

La persistencia de esta comunicación es similar a la de la fistula broncobiliar y es favorecida por el gradiente de presión entre la presión positiva que se genera en la vía biliar (en este caso dentro del

intestino) y la presión negativa del espacio torácico. La bilis que se fuga del árbol biliar actúa como agente irritante, causa inflamación y genera un proceso crónico y necrosis del diafragma, entra en contacto con la pleura y el parénquima pulmonar.⁹

De esta forma se justificaría que, ante determinada obstrucción, edema, fibrosis del árbol bronquial y no fuera expulsado el contenido de la fístula, este se comenzara a acumular en el espacio pleural y llegara a alcanzar la magnitud que tuvo en este paciente y llegara a comprometer la mecánica ventilatoria y ocasionara la disnea que obligó al paciente a ir a consulta.

Conclusión: el contenido intestinal en cavidad pleural es extremadamente raro y no reflejado en la literatura. Su diagnóstico será posible una vez realizada la toracocentesis o la pleurostomía y la justificación clínica será posible a través de un minucioso interrogatorio en busca de datos clínicos que lo argumenten.

Referencias bibliográficas

- 1- Forero Saldarriaga S. Claves diagnósticas en el paciente adulto con derrame pleural: revisión narrativa. *Iatreia*. [Internet] 2020 [citado 30 Ene 2021];33(4):348-59. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/view/340185>
- 2- Díaz Campos RM. Parámetros asociados a la eficacia de la pleurodesis y a la supervivencia en pacientes con derrame pleural maligno [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2017. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/41422/1/T38458.pdf>
- 3- Ferreiro L, Porcel JM, Valdés L. Diagnóstico y manejo de los trasudados pleurales. *Arch Bronconeumol* [Internet] 2017 [citado 30 Ene 2021];53(11):629-36. Disponible en: <https://www.archbronconeumol.org/es-diagnostico-manejo-trasudados-pleurales-articulo-S0300289617301461>
- 4- Ramírez Arce JA, Cabrera García HB. Enfoque diagnóstico del derrame pleural. [XVII Curso de Actualización para Médicos Generales]. Antioquia: Universidad de Antioquia; 2017. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/332933663>
- 5- Arrieta González MT. Derrame pleural en radiología. *Revista Médica Sinergia* [Internet] 2017 [citado 30 Ene 2021];2(6):3-5. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/74>
- 6- Quesada Guillén RR, Pozo Abreu SM, Martínez Larrarte JP. Derrames pleurales trasudados y exudados: clasificación. *Rev Cubana de Reumatol* [Internet] 2018 [citado 30 Ene 2021];20(3):1-16. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_serial&pid=1817-5996&lng=es&nrm=iso
- 7- Recuero Díaz JL. Valoración del derrame pleural. *Medicina Respiratoria* [Internet] 2017 [citado 30 Ene 2021]; 10(1):47-64. Disponible en: <http://www.neumologiaysalud.es/descargas/R10/R10-6.pdf>
- 8- García Gutiérrez A, Pardo Gómez G, Abraham Arap JF, Adefna Pérez RI, Arce Bustabad S, Barrero Soto R, et al. *Cirugía (I)*. La Habana: Ciencias Médicas; 2006.
- 9- Murcia CA, Rivera JE, Mejía GA, Benavides CA, Garzón JC, Ureña N. Presentación de caso: Abordaje tóraco-abdominal de la fístula broncobiliar. *Rev Colomb Cir* [Internet] 2017 [citado 30 Ene 2021]; 32(2):23-8. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822017000300009