



IMÁGENES

Un caso de hemoneumotórax espontáneo Spontaneous haemopneumothorax: A case report

Enrique Rodríguez-de Mingo*, Andrea Fraga-Pérez y Sandra Morón-Erroz

Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Las Américas, Parla, Madrid, España

Recibido el 6 de julio de 2018; aceptado el 14 de julio de 2018

Mujer de 32 años que acude inicialmente a consulta de atención primaria por dolor en hemitórax derecho, que relaciona con haber estado jugando y cogiendo a sus hijas en brazos y algún movimiento brusco tras haber estado paseando a su perro. No antecedentes médicos o quirúrgicos de interés, fumadora de 1,5 paquetes/día. En la exploración física: paciente hemodinámicamente estable, con auscultación pulmonar normal y cierto dolor a la palpación en región dorsal derecha. Se pauta inicialmente ibuprofeno. Cuatro días después acude de nuevo a consulta y refiere persistencia del dolor torácico, así como cierta disnea. Tensión arterial 103/63 mmHg, frecuencia cardiaca 70 lpm, saturación de oxígeno (basal) 92%, frecuencia respiratoria 18 rpm, auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado en ambos vértices y disminuido en el hemitórax derecho. Desde atención primaria se solicita radiografía de tórax urgente (fig. 1) que muestra un gran hidroneumotórax derecho que condiciona colapso pulmonar completo, con mediastino centrado. Ante estos hallazgos se deriva la paciente a urgencias hospitalarias. A su llegada a urgencias está hemodinámicamente estable y se realiza analítica donde muestra leucocitos 142.00 μ l, neutrófilos 10.900 μ l (77,4%), hemoglobina 8,9 g/dl, hematocrito 26%, plaquetas



Figura 1 Radiografía de tórax que muestra un gran hidroneumotórax derecho que condiciona un colapso pulmonar completo con mediastino centrado.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eroddemin@gmail.com

(E. Rodríguez-de Mingo).

287.000 μ l, estudio de coagulación y bioquímica normales. Se procede a la colocación de un tubo de drenaje torácico. Al día siguiente la hemoglobina de la paciente baja hasta 7 g/dl, transfundiéndose 2 concentrados de hematíes y derivando la paciente a otro hospital con servicio de cirugía torácica. Allí se realiza videotoracoscopia asistida en hemitórax derecho con resección de ápex y lavado de hemotórax. Se objetiva hemotórax de 750 cc, con importante coágulo desde la cara mediastínica del lóbulo superior derecho hasta el vértice, equimosis en toda la pleura parietal y hematoma que disecciona la pleura parietal que cubre la subclavia. Se aprecia ápex del lóbulo superior derecho bulloso y distrófico, cuya anatomía patológica muestra bullas subpleurales con arquitectura enfisematosa y fibrosis pleural con relación al hemoneumotórax), así como datos histológicos de bronquiolitis respiratoria (del fumador). El cuadro se cataloga como hemoneumotórax espontáneo derecho. Tras varias revisiones por cirugía torácica la paciente es dada de alta, permaneciendo asintomática durante los 6 meses siguientes al episodio.

El hemoneumotórax espontáneo es una entidad rara, ocurriendo solo en un 1-12% de los neumotórax espontáneos¹⁻³. La enfermedad fue reconocida por primera vez por Laennec en 1828 durante la realización de una autopsia^{2,3}. Se define como la acumulación de más de 400 ml de sangre en la cavidad pleural^{1,2,4}, asociando un neumotórax espontáneo. Otras causas de hemotórax espontáneo serían las coagulopatías (enfermedades congénitas o drogas), vasculopatías, infecciones, neoplasias, exóstosis costales, secuestro pulmonar, hematopoyesis extramedular y endometriosis (hemotórax catamenial)^{2,3,5}. Es importante reconocer el hemoneumotórax espontáneo, dado que puede asociar *shock* hipovolémico y comprometer la vida del paciente^{1,2,5}. Ocurre en pacientes jóvenes, sobre todo varones². La presentación clínica es variable⁵, pudiendo cursar con dolor torácico, disnea y eventual progresión

rápida del cuadro con inestabilidad hemodinámica y *shock*. El tratamiento incluye, aparte de transfusiones de sangre y fluidos de soporte, tubo de tórax para drenaje del hemotórax y re-expansión del pulmón^{2,3}. Además, son candidatos a cirugía por videotoracoscopia o toracotomía. En general, si el paciente está inestable se optará por cirugía urgente y si está estable se procederá a colocar un tubo de drenaje para posteriormente realizar la intervención quirúrgica^{2,3}. La videotoracoscopia debe ser considerada con prontitud y tiene ventajas respecto a la toracotomía abierta² (menos dolor, complicaciones postoperatorias, acortamiento de la estancia hospitalaria y reducción de costes).

Todo médico debe poder sospechar esta enfermedad, ya que el pronóstico en gran medida viene marcado por el diagnóstico precoz y el establecimiento con prontitud de medidas de soporte adecuadas.

Bibliografía

1. Inafuku K, Maehara T, Yamamoto T, Masuda M. Assessment of spontaneous hemopneumothorax: Indications for surgery. *Asian Cardiovasc Thorac Ann*. 2015;23:435-8, <http://dx.doi.org/10.1177/0218492314568105>.
2. Ng CS, Wong RH, Wan IY, Lau RW, Hsin MK, Yeung EC, et al. Spontaneous haemopneumothorax: Current management. *Postgrad Med J*. 2011;87:630-5, <http://dx.doi.org/10.1136/pgmj.2010.114827>.
3. Ng CSH, Yim AP. Spontaneous hemopneumothorax. *Curr Opin Pulm Med*. 2006;12:273-7.
4. Hsu NY, Shih CS, Hsu CP, Chen PR. Spontaneous hemopneumothorax revisited: Clinical approach and systemic review of the literature. *Ann Thorac Surg*. 2005;80:1859-63, <http://dx.doi.org/10.1016/j.athoracsur.2005.04.052>.
5. Patrini D, Panagiotopoulos N, Pararajasingham J, Gvinianidze L, Iqbal Y, Lawrence DR. Etiology and management of spontaneous haemothorax. *J Thorac Dis*. 2015;7:520-6, <http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.2072-1439.2014.12.50>.