

NEUMOTORAX ASOCIADO A SITUS INVERSUS

R Peris Cardells, A Cantó Armengot*, A Arnau Obrer*.

Servicio de Neumología, *Servicio de Cirugía Torácica. Hospital General Universitario. Valencia.

Sr. Director:

Se trata de un varón de 33 años que consulta por dolor brusco en hemitórax izquierdo seguido de disnea progresiva de dos días de evolución. Como antecedentes refiere ser viajante de comercio sin hábitos tóxicos, hipertransaminasemia en estudio y hernia de hiato. La exploración física es normal salvo la disminución del murmullo vesicular en el hemitórax izquierdo y la mejor audición de los tonos cardíacos, rítmicos, en el lado derecho.

Exploraciones complementarias:

Gasometría arterial: FiO_2 21 %, PaO_2 79 mmHg, $PaCO_2$ 33.6 mmHg, pH 7.42, $HC03$ 22.4 mEq/l. Hemograma, glucemia, urca, sodio, potasio, proteínas totales y coagulación normales. ECG: tras la realización del primer electrocardiograma se colocan los electrodos en espejo, en el hemitórax derecho, obteniendo un trazado que se describe como: ritmo sinusal a 75 lpm, eje a -60° , bloqueo incompleto de rama derecha, sin alteraciones de la repolarización. Radiografía de tórax: (Fig. 1) Neumotórax izquierdo, situs inversus. Se coloca tubo de drenaje nº 24 conectado a vacío con reexpansión pulmonar completa. Tres días después se retira el drenaje, recidivando el neumotórax 48 horas más tarde en reposo, por lo que se procede a intervención quirúrgica. Se realiza toracotomía axilar izquierda por V costilla, observando el pulmón izquierdo colapsado con morfología de pulmón derecho, es decir, presenta tres lóbulos, superior, medio e inferior, y bulla puntiforme perforada y fugando en apex, que se sutura con punto transfixivo. Se comprueba ausencia de fugas, se realiza pleurodesis física, colocación de drenajes, infiltración intercostal con anestésico local, y cierre por planos.

Por definición, el neumotórax espontáneo primario se produce en personas sin enfermedad pulmonar de base⁽¹⁾, aunque su patogenia no está clara, se postula que podría estar relacionado con la formación de bullas subpleurales debidas a inflamación de la vía aérea⁽²⁾, tabaquismo⁽³⁾, la morfología corporal⁽⁴⁾, anomalía intrínseca del tejido conectivo, tal y como sucede con el síndrome de Marfan⁽⁵⁾ o el prolapso de la válvula mitral. En cuanto a la rotura de las bullas, no parece relacionarse con ejercicio físico⁽⁷⁾, y sí con alteraciones de la presión⁽⁸⁾. El situs inversus totalis es una rara malformación en la que el corazón y los órganos torácicos están completamente invertidos con relación al eje derecha- izquierda, sin alteraciones en el eje anteroposterior. Así, la punta cardíaca está hacia la derecha (dextrocardia), el arco aórtico se dirige hacia abajo y hacia la derecha, el pulmón derecho tiene dos lóbulos y el izquierdo tres. En el abdomen, el hígado, la vena cava inferior y la aorta están en el lado izquierdo, y el fundus gástrico en el lado derecho⁽⁹⁻¹⁰⁾. La incidencia se ha cifrado en 1 cada 8.000 a 20.000 pacientes⁽¹¹⁾, pero en opinión de algunos autores⁽¹²⁾, podría ser mayor, dado que estos pacientes son asintomáticos y no requieren atención médica. Con cierta frecuencia el situs inversus se asocia con otras anomalías congénitas, cardíacas, pulmonares, renales. A nivel pulmonar suele asociarse a bronquiectasias en el 25% de los casos, y a síndrome de Kartagener en el 10% de los casos⁽¹⁾. El caso que presentamos es el de un varón sin clínica ni alteraciones radiográficas sugestivas de bronquiectasias. La inversión del eje derecha - izquierda se comprobó en este caso por visión directa durante el acto quirúrgico. Tras realizar una búsqueda bibliográfica en Medline, en CD ROM de los años 1993 hasta 1996, no hemos encontrado ningún caso descrito de neumotórax y situs inversus totalis.

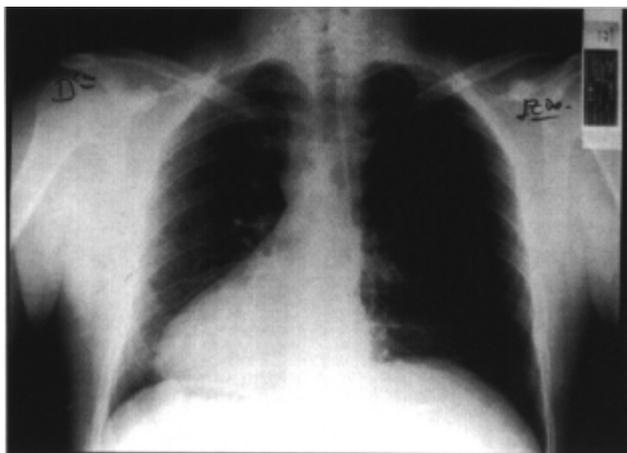


Fig. 1. - Radiografía posteroanterior de tórax Se han señalado los lados derecho e izquierdo según criterio convencional, confirmado después por la cirugía, y no por la disposición de los órganos intratorácicos. Se observa el neumotórax izquierdo y la disposición a la derecha del cayado aórtico y punta cardíaca.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fraser RG, Paré JAP, Paré PD, Fraser RS and Genereux GP (Eds.). Diagnóstico de las enfermedades del tórax Y Ed. Editorial Panamericana S.A, Buenos Aires,1992.
2. Light RW. Management o Spontaneous Pneumotorax. Am Rev Respir Dis. 1993; 148: 245-248.
3. Bense L, Eklund G, Wiman LG. Smoking and the increased risk of contracting spontaneous pneumotorax. Ann Thorac Surg 1984; 25: 193.
4. Peters RM, Peters BA, Benirschke SK et al: Chest dimensions in young adults with spontaneous pneumotorax. Ann Thorac Surg 1984; 25: 193.
5. Lipton RA, Greenwald RA, Seriff NS: Pneumotorax and bilateral honeycombed lung in Marfan syndrom. Report of a case and review of the pulmonary abnormalities in this disorder. Am Rev Respir Dis 1971; 71: 181.
6. Margaliot SZ, Barzilay J, Bar-David M et al. Spontaneous pneumotorax and mitral valve prolapse. Chest 1986; 89:93.
7. Bense L, Wiman LG, Hedenstierna G: Onset of symp toms in spontaneous pneumotorax: Correlations to physical activity. Eur J Respir Dis 1987; 71: 181.
8. Scott GC, Berger R, Mckean HE: The role of atmospheric pressure variation in the development of spontaneous pneumothoraces. Am Rev Respir Dis 1989; 139: 659.
9. Debré L y Lelong M: En Pediatría. Ed. Jims, Barcelona, 1: 687, 1946.
10. Keller W.: Tratado de enfermedades de la infancia. Ed. Salvat, Barcelona, p 642, 1963.
11. Verano NKR and Merklin RJ: Situs inversus, J Int Coll Surg 1960. 33: 131.
12. Treiger BFG, Khazan R, Goldman SM and Marshall FE Renal Cell Carcinoma with situs inversus totalis. Urology 1993; 41: 455-457.