NEUMOTÓRAX Y LAVADO BRONCOALVEOLAR

M. Rodrigo Garzón, E. de Miguel Poch, J. Echave Sustaeta, J.J. Balsalobre Aznar*.

F.E.A. Servicio de Neumología. Servicio de Reumatología*. Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid.

Sr. Director:

El lavado broncoalveolar (LBA) es una técnica neumológica sencilla, que se acompaña de pocas complicaciones. Entre éstas se incluyen la aparición de fiebre, infiltrados alveolares fugaces y descenso de la capacidad vital y de la PaO_2

Otras complicaciones como sangrado, neumotórax y neumomediastino son excepcionales[1]. Presentamos el caso de una paciente que desarrolló neumotórax en dos ocasiones como complicación, tras la realización de un LBA.

Mujer de 24 años con infección VIH conocida desde 1995 sin seguimiento, adicta a drogas por vía parenteral desde los 14 años hasta hace dos, y con hepatopatía crónica por virus de la hepatitis C. Ingresa en Octubre de 1997 por un cuadro de tos con expectoración, fiebre y disnea de dos semanas de evolución. En la exploración destaca una disminución del murmullo vesicular en ambas bases. La analítica objetiva una velocidad de sedimentación de 111 mm/h, 12500 leucocitos con neutrofilia y LDH de 503 UI/L.CD4 totales : 73/ml. Gasometría arterial al ingreso pH 7,5, $PaCO_2$ 28 mmHg y PaO_2 55 mmHg.La radiografía muestra un patrón intersticial bilateral de predominio en bases. Se realiza una fibrobroncoscopia con LBA a través del segmento lateral del lóbulo medio con 200 cc de suero fisiológico estéril en alícuotas de 50 cc, recuperándose 60 cc y presentando la paciente durante la exploración tos. La tinción del lavado es positiva para *Pneumocystis carinii*, y presenta como complicación un neumotórax derecho (figura 1) que requiere de drenaje endotorácico durante tres días para su resolución. La paciente se recupera clínica y gasométricamente tras tratamiento con cotrimoxazol, y se le da el alta. A los tres días reingresa por empeoramiento clínico y gasométrico, con un infiltrado radiológico bilateral alveolo-intersticial, progresivo respecto al previo al alta. Se realiza una nueva fibrobroncoscopia con LBA a través del segmento medial del lóbulo medio con 50cc de suero fisiológico recuperándose sólo 5cc, por lo que se continúa por el segmento 9 derecho con 150 cc en alícuotas de 50 cc recuperándose 66cc. Durante la prueba la paciente presenta tos y al final de la misma refiere dolor torácico pleurítico derecho. Las tinciones y cultivos realizados del lavado son negativos, presentando como complicación un pequeño neumotórax derecho que no requiere de drenaje y que se resuelve de forma autolimitada. El cuadro mejoró tras tratamiento con ceftriaxona, lo que hizo suponer que se trataba de una sobreinfección bacteriana. Al alta permanece estable tras seis meses de seguimiento.

Fig 1 Infiltrado intersticial bilateral y neumotórax derecho

NEUMOSUR 200; 12, 2: 137-138

Correspondencia:
Dr. M. Rodrigo Garzón.
C/ Herminio Puertas 55, 1º C.
28011. Madrid.

Las complicaciones tras la realización de un LBA son similares a las de una fibrobroncoscopia[1]. La aparición de un neumotórax tras la realización de un LBA, a pesar de ser un hallazgo excepcional, ya ha sido descrita previamente[2-5]; incluso en un paciente de similares características al nuestro (SIDA e infección por *Pneumocystis carinii*)[7]. En todos ellos, el neumotórax parece asociarse a la presencia de tos durante la exploración y a la escasa recuperación del líquido instilado, lo que favorecería la aparición del mismo por aumento de la presión intraalveolar en un bronquio con su extremo proximal obstruido por el fibrobroncoscopio. Esto produciría una rotura de las membranas alveolares y un desgarro de la pleura visceral. Todo esto puede verse o no favorecido por la patología pulmonar de base del paciente[2-6]. En nuestro caso ambas circunstancias se dan, ya que la paciente presentó tos en ambas ocasiones, a pesar de la anestesia, y la cantidad recuperada fue de 30 y 35% respectivamente. Otro factor que puede influir en nuestro caso, es la presencia de infección por *Pneumocystis carinii*, que por sí sola predispone a la aparición de neumotórax, por la formación de pequeños neumatoceles subpleurales[7]. En definitiva, tras la realización de un LBA que se acompañe de tos durante la exploración, o escasa recuperación del líquido instilado, sobretodo si hay dolor pleurítico; es conveniente la realización de una radiografía de tórax para descartar un neumotórax.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castella J, Ancochea J, Llorente L, Puzo C, Sanchis J, Sueiro A, et al.Lavado broncoalveolar. Normativas SEPAR. Arch Bronconeumo 1997; 33: 515-526.
2. Ruiz F, Casado I, Monsó E. Pneumothorax during bronchoalveolar lavage. Chest.1989; 96: 1.441-1.442.
3. Pont F, De Gispert FJ, Ruiz MJ. Neumotórax secundario al lavado broncoalveolar.Med Clin (Barc) 1995; 104: 357-358.
4. De Gracia J, Miravitlles M. Neumotórax y neumomediastino tras lavado broncoalveolar: ¿pueden evitarse?. Med Clin (Barc) 1995; 105: 598.
5. Herrejón Silvestre A, Inchaurraga Álvarez I, Plaza Valía P. Neumotorax provocado por un lavado broncoalveolar. Arch Bronconeumo 1998; 34: 413.
6. Krueger JJ, Sayre VA, Karetzky MS. Bronchoalveolar lavage-induced pneumothorax. Chest 1988; 94: 440-441.
7. Peters JI, Sako EY. Pneumothorax. En: Fishman AP. Pulmonary Diseases and Disorders. Third Edition Mcgraw-Hill, 1998, p. 1443.