

HEMONEUMOTÓRAX ESPONTANEO, UNA MANIFESTACIÓN INUSUAL DE LA ENDOMETRIOSIS PLEURAL

O. Díaz Alcendra¹, M. Marrugo Fernández².

¹Medicina Interna, Clínica La Asunción. Servicio de Emergencias. Barranquilla, Atlántico, Colombia.

²Medicina de emergencias, Clínica La Asunción. Servicio de Emergencias. Barranquilla, Atlántico, Colombia.

RESUMEN

El hemotórax y neumotórax es una condición usualmente relacionada con etiología traumática, infecciosa, inflamatoria o coagulopatía. La aparición espontánea en pacientes jóvenes precisa la búsqueda de etiologías diferenciales. La expresión clínica de la endometriosis pleural incluye neumotórax, hemotórax, hemoptisis y nódulos pulmonares. La radiografía de tórax, la tomografía computarizada, la resonancia magnética nuclear, la broncoscopia y la biopsia se constituyen como el pilar del diagnóstico. Presentamos un caso de un paciente joven con disnea y hemo-neumotórax espontáneo con diagnóstico de endometriosis pleural.

Palabras clave: Endometriosis pleural, endometriosis torácica, hemotórax espontáneo, neumotórax espontáneo, reporte de caso, menstruación.

SPONTANEOUS HEMOPNEUMOTHORAX, AN UNUSUAL MANIFESTATION OF PLEURAL ENDOMETRIOSIS

ABSTRACT

Hemothorax and pneumothorax is a condition usually related to traumatic, infectious, inflammatory or coagulopathy etiology. The spontaneous appearance in young patients requires the search for differential etiologies. The clinical expression of pleural endometriosis includes pneumothorax, hemothorax, hemoptysis, and pulmonary nodules. Chest X-ray, computed tomography, nuclear magnetic resonance, bronchoscopy and biopsy constitute the mainstay of diagnosis. We present a case of a young patient with dyspnea and spontaneous hemo-pneumothorax diagnosed with pleural endometriosis.

Keywords: Pleural endometriosis, thoracic endometriosis, spontaneous hemothorax, spontaneous pneumothorax, case report, menstruation.

INTRODUCCIÓN

El hemo-neumotórax se define como la acumulación de sangre y aire en el espacio pleural. La etiología puede ser traumática, infecciosa, inflamatoria, coagulopatía o malformaciones congénitas. El hemo-neumotórax espontáneo carece de antecedentes traumáticos o iatrogénicos. Se diagnostica con base en imágenes diagnósticas y en el análisis del líquido pleural. La confirmación diagnóstica precisa la presencia de un hematocrito mayor al 50% del hematocrito sanguíneo en presencia de hallazgos en imágenes torácicas. Las características físicas del líquido pleural suelen sugerir la presencia de contenido hemático, sin embargo, no se debe basar el diagnóstico solo en ellas, ya que un hematocrito mayor al 5% puede hacer que el líquido pleural parezca sanguinolento¹. La incidencia real del hemo-neumotórax espontáneo se desconoce ante la casuística esporádica en la literatura médica².

CASO CLÍNICO

Mujer de 31 años, nulípara, ingresó al departamento de urgencias por presentar disnea de pequeños esfuerzos de instauración progresiva de 1 mes de evolución, acompañado de dolor pleurítico localizado en región subcostal derecha, tipo punzante 6/10 en escala visual analógica del dolor, exacerbado con la inspiración y la tos. Refiere historia de nefrectomía izquierda 26 años atrás por tumor de Willis, endometriosis pélvica sin tratamiento y ciclos menstruales irregulares con dismenorrea intensa. Al examen físico destaca presión arterial de 110/80 mmHg, frecuencia cardíaca de 98 lpm, frecuencia respiratoria de 24 rpm, SpO₂ = 95%, T_a = 37°C. En el tórax destacaba matidez y ausencia de sonidos pulmonares en los 2/3 inferiores de hemitórax derecho sin ruidos agregados, no se encontró dolor reproducible a la digitopresión en pared costal, resto de examen físico sin datos relevantes. El resultado del laboratorio mostraba una hemoglobina en 13,9 gr/dl, hematocrito de 40,9% VCM = 88,6fl, HCM = 30pg leucocitos en 9.703/μL (neutrófilos = 64,7%, linfocitos = 27,3% eosinófilos 0,5%), plaquetas = 424.900 μL, BUN = 13 mg/dl, creatinina = 0,7 gr/dL, glucosa = 91 mg/dL, Na = 137 mmol/L, K = 4,35 mmol/L, Cl = 98 mmol/L, proteínas totales = 4,6 gr/dL, albumina = 3,8 gr/

Recibido: 19.04.2022 Aceptado: 24.05.2022

Dr. Oscar Javier Díaz Alcendra.
oscar102081@hotmail.com

En la radiografía de tórax se observó radio-lucidez y marcada obliteración de los senos cardio-costofrénicos derechos en relación con un neumotórax y derrame pleural derecho. La ecografía pleural mostró un derrame pleural con signos de tabicación y un volumen aproximado de 1.800 ml. Se realiza toracocentesis obteniendo un líquido pleural con abundante contenido hemático (**tabla 1**). Los resultados se exponen en la **tabla 1**.

Tabla 1: Hallazgos del estudio de líquido pleural.

Características	Resultado
Color	Rojo intenso
Aspecto	Turbio
pH	8,5
Densidad	1,020
Glucosa	28,4 mg/dl
Proteínas	7,6 gr/dl
Lactato deshidrogenasa	88 u/dl
Bacterias	No se observan
Leucocitos	500 cel/mm ³ (40% neutrófilos)
Hematíes	Incontables
Hematocrito	29%
Bilirrubina total	12.7 mg/dl
Bilirrubina indirecta	12.2 mg/dl
Adenosín deaminasa	13 U/L
Prueba hidróxido de potasio	Negativo
Amilasa	48 U/L
Cultivo	Negativo

Se efectuó tomografía de tórax (**figura 1**), que confirmó la existencia de un hidroneumotórax. A la paciente se le realizó una videotoracoscopia efectuándose drenaje de hemotórax, decorticación y pleurectomía. El cultivo para microorganismos fue negativo. La biopsia pleural dio como resultado pleuritis crónica con presencia de glándulas sin atipia. La inmunohistoquímica expresó positividad para receptores de estrógenos, progesterona CD10 confirmando la presencia de endometriosis pleural. La paciente es dada de alta bajo tratamiento con terapia de supresión hormonal (*Dienogest*) para prevención de recurrencias.

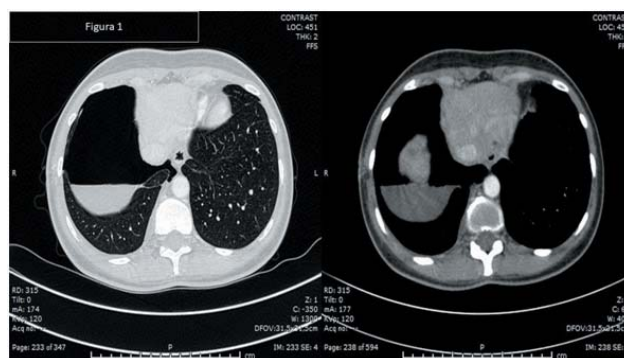


Figura 1: Corte de la tomografía axial. Hemoneumotórax derecho.

DISCUSIÓN

La endometriosis torácica es una manifestación poco frecuente de la enfermedad. El neumotórax es la presentación clínica habitual y el hemotórax es poco común^{3, 4}. La edad media en el momento del diagnóstico es de 34 años aproximadamente⁴. La sintomatología suele asociar dolor torácico, tos seca y disnea. El dolor torácico y la disnea pueden estar exacerbados por los ciclos menstruales^{3, 5, 6}. La ubicación casi exclusiva en el lado derecho es sugestiva de la enfermedad⁷. Gupta y colaboradores, en un reporte de caso, describieron el dolor pleurítico y la tos como manifestaciones iniciales. En nuestra paciente los síntomas principales fueron disnea progresiva y dolor torácico.

El diagnóstico de endometriosis torácica es histológico y se basa en los resultados de la videotoracoscopia^{3, 6, 9}. La presencia de células endometriales en líquido pleural también es diagnóstica, sin embargo, la rentabilidad de la citología por toracocentesis suele ser baja. La tomografía computarizada y la resonancia magnética son útiles en el diagnóstico, siendo la tomografía el estudio de primera elección¹⁰. En la paciente del caso, la tomografía inicial reveló líquido libre con nivel hidroaéreo confirmando la presencia de hemo-neumotórax. En el análisis del líquido pleural se observó considerable presencia de hematíes y un hematocrito pleural del 29%.

Se considera que la aparición de hemo-neumotórax está directamente relacionada con la presencia de implantes endometriales pleurales. La principal hipótesis es la migración del tejido endometrial hacia el tórax. Aunque, se postula sea el resultado de émbolos de tejido endometrial por vía endovascular o endolinfática¹¹. En nuestro caso, la biopsia e inmunohistoquímica confirmó la presencia de glándulas sin atipias con positividad para receptores de estrógenos, progestágenos y CD10.

En el caso de hemotórax, el tratamiento quirúrgico parece ser más eficaz que la terapia hormonal sola. Consiste en la resección de todos los implantes de tejido, que a veces requiere una resección en cuña si los implantes son parenquimatosos o afectan la pleura visceral o incluso pleurectomía y pleurodesis si la pleura torácica está implicada, pudiéndose añadir terapia hormonal para la prevención de recurrencias¹². La paciente recibió manejo quirúrgico y hormonal combinado para evitar reincidencia a largo plazo.

CONCLUSIÓN

En definitiva, la endometriosis torácica es una forma infrecuente de endometriosis. El hemo-neumotórax espontáneo es una presentación inusual de la endometriosis pleural. Se debe prestar especial atención cuando la aparición sea espontánea en mujeres en edad fértil para poder ofrecer un manejo adecuado, generalmente médico-quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Azfar Ali H, Lippmann M, Mundathaje U et al. Spontaneous hemothorax: a comprehensive review. *Chest*. 2008; 134(5): 1.056–1.065. doi: 10.1378/chest.08-0725.
2. Jutamas S, Khongwong M, Spontaneous hemothorax as a manifestation of a thoracic teratoma. *Visual J Emer Med*. 2021. 22:100934. <https://doi.org/10.1016/j.visj.2020.100934>.
3. Alifano M, Roth T, Broët SC et al. Catamenial pneumothorax: a prospective study. *Chest*. 2003; 124(3): 1.004-8. doi: 10.1378/chest.124.3.1004.
4. Joseph J, Sahn SA. Thoracic endometriosis syndrome: new observations from an analysis of 110 cases. *Am J Med*. 1996; 100(2): 164-70. doi: 10.1016/s0002-9343(97)89454-5..
5. Alifano M, Jablonski C, Kadiri H et al. Catamenial and noncatamenial, endometriosis-related or nonendometriosis-related pneumothorax referred for surgery. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007; 176(10): 1.048-53. doi: 10.1164/rccm.200704-587OC.
6. Marjański T, Sowa K, Czapla A et al. Catamenial pneumothorax – a review of the literature. *Kardiochir Torakochirurgia Pol*. 2016; 13(2): 117-21. doi: 10.5114/kitp.2016.61044.
7. Visouli AN, Darwiche K, Mpakas A et al. Catamenial pneumothorax: a rare entity? Report of 5 cases and review of the literature *J Thorac Dis*. 2012; 4 Suppl 1(Suppl 1): 17-31. doi: 10.3978/j.issn.2072-1439.2012.s006.
8. Gupta P, Gupta N, Bal A et al. The eyes don't see what the mind doesn't know: pleural endometriosis on effusion cytology. *Cytopathology*. 2018; 9: 574–7. doi: 10.1111/cyt.12601.
9. Kawaguchi Y, Hanaoka J, Ohshio Y et al. Diagnosis of thoracic endometriosis with immunohistochemistry. *J Thorac Dis*. 2018; 10(6): 3.468-3.472. doi: 10.21037/jtd.2018.05.121.
10. Rousset P, Rousset-Jablonski C, Alifano M et al. Thoracic endometriosis syndrome: CT and MRI features. *Clin Radiol*. 2014; 69(3): 323-30. doi: 10.1016/j.crad.2013.10.014..
11. Merlot B, Ploteau S, Abergel A et al. Endométriose extragénitale: atteinte pariétales, thoraciques, diaphragmatiques et nerveuses. *RPC endométriose CNGOF-HAS. Gynecol Obstet Fertil Senol*. 2018; 46(3): 319-325. doi: 10.1016/j.gofs.2018.02.001.
12. Nezhat C, Main J, Paka C et al. Multidisciplinary treatment for thoracic and abdominopelvic endometriosis. *JSLs*. 2014; 18(3): e2014.00312. doi: 10.4293/JSLs.2014.00312.