

HIDROTÓRAX HEPÁTICO SIN ASCITIS COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE CIRROSIS

M. Rivas-Rivas, C. Ruiz-Santiago, M. Bruneli-Morales, A.R. Calle-Gómez, C. Rodríguez-Ramos

Unidad de Gestión Clínica de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Resumen

Introducción: La presencia de hidrotórax en pacientes cirróticos debe hacer sospechar una enfermedad hepática avanzada que suele implicar un difícil manejo terapéutico.

Caso clínico: Reportamos el caso de una paciente de 65 años que desarrolla un hidrotórax hepático, en ausencia de ascitis, como primera descompensación de una cirrosis, con una excelente respuesta al tratamiento médico con diuréticos.

Conclusión: La existencia de derrame pleural en pacientes con o sin ascitis debe considerarse en el diagnóstico diferencial de enfermedad hepática crónica y valorar el tratamiento con diuréticos como primera opción terapéutica.

Palabras clave: Palabras clave: Hidrotórax hepático-cirrosis.

Keywords: Hepatic Hydrothorax- cirrosis.

Introducción

El hidrotórax hepático se define como la acumulación de una cantidad significativa de líquido pleural (superior a 500 mL) en pacientes con cirrosis, sin enfermedad primaria pleural o cardíaca. Es una complicación de aparición infrecuente, con una prevalencia cercana al 5% de los sujetos con cirrosis, proporción que se eleva al 10%, cuando esta enfermedad se descompensa¹. En el 75% de los casos aparece en el hemitórax derecho, generalmente en presencia de ascitis. El hidrotórax en pacientes cirróticos puede ser difícil de tratar por lo que, en determinados casos, debe considerarse incluso la opción del trasplante hepático, único tratamiento capaz de resolver dicha complicación²⁻⁶. Presentamos el caso de un hidrotórax hepático sin ascitis como primera manifestación clínica de la cirrosis, con buena respuesta al tratamiento farmacológico convencional.

Caso clínico

Se trata de una mujer de 65 años que es hospitalizada por presentar un derrame pleural masivo derecho. A su ingreso la saturación arterial de oxígeno es del 93%, la frecuencia cardíaca de 90 lpm y la tensión arterial de 140/66 mmHg. A la auscultación se aprecia una abolición del murmullo vesicular en hemitórax derecho, siendo normal el resto del examen físico. En la analítica se observa plaquetopenia y coagulopatía con una bioquímica hepática y renal normales. El estudio del líquido pleural presenta características de trasudado, sin signos de

CORRESPONDENCIA

Marta Rivas Rivas
Hospital Universitario Puerta Del Mar
Avenida Ana De Viya, 21. Cádiz 11009.
Teléfono 956 002 238

marta.rivas2@gmail.com

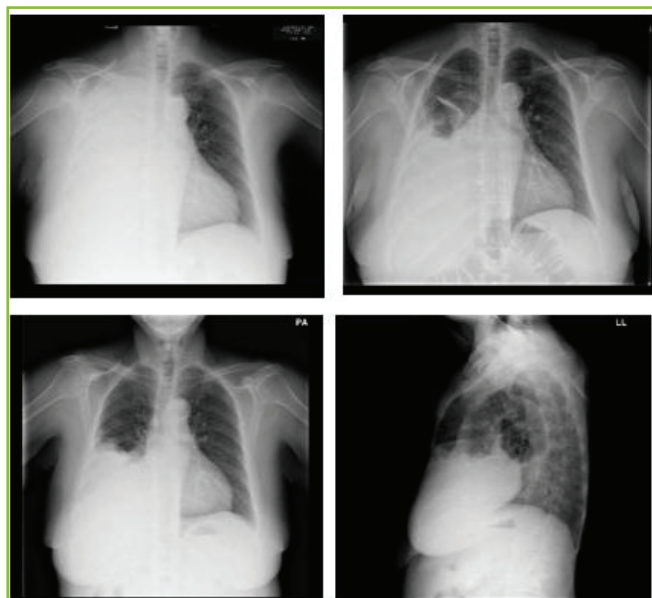


Figura 1

Hidrotórax hepático derecho. Hidrotórax hepático con buena respuesta a tratamiento diurético y restricción de sal en la dieta.

infección y con valores de ADA, cultivo y citología normales. En la radiografía de tórax se observa un derrame pleural masivo derecho (**Figura 1**). En la valoración de la paciente también se realiza un ecocardiograma, apreciando una función sistólica y diastólica ventricular normal, y una ecografía abdominal que demuestra la existencia de una cirrosis hepática, con datos de hipertensión portal, esplenomegalia y ausencia de ascitis. Tras el resultado de las pruebas complementarias la paciente se traslada al Servicio de Aparato Digestivo para completar estudio y tratamiento, estableciéndose el diagnóstico de una hepatopatía crónica en estadio de cirrosis, secundaria a infección por VHC, con presencia de varices esofágicas medianas y gastropatía de la hipertensión portal. La paciente inicia tratamiento médico con dieta hiposódica y diuréticos, a dosis de 200 mg de espironolactona y 60 mg de furosemida, con excelente respuesta clínica. En los dos años transcurridos desde este ingreso hospitalario la evolución ha sido favorable, manteniendo el tratamiento médico, con buena diuresis y sin deterioro de la función renal.

Discusión

Aunque en la mayoría de los enfermos el diagnóstico de hidrotórax hepático se asocia a la presencia de ascitis, se han publicado casos en ausencia de la misma^{3, 4}. Esta complicación es debida al paso de líquido ascítico hacia la cavidad pleural, favorecida por la presión inspiratoria negativa del tórax y la presencia de micro-perforaciones de los haces de fibra de colágeno de la porción tendinosa del diafragma. Se debe contemplar el diagnóstico de enfermedad hepática crónica como causa del derrame pleural en pacientes con o sin ascitis.

La presencia de volúmenes modestos de líquido pleural puede causar importantes síntomas clínicos. El manejo de esta complicación con frecuencia plantea dificultades, siendo limitadas las opciones terapéuticas. Se debe valorar el tratamiento médico con diuréticos como primera opción, junto a la restricción hidrosalina, aunque a menudo resulta insuficiente⁵, con reaparición del derrame pleural. En los trabajos de Barreales y cols⁶, Pfammatter y cols⁷, Dumortier y cols⁸ y Garrido y cols⁹, se incide en la dificultad del manejo del hidrotórax hepático y la pobre respuesta al tratamiento diurético en la mitad de los casos. Se deberá recurrir a la toracocentesis evacuadora y a la inserción de un tubo de drenaje pleural sólo para aliviar la sintomatología, debido al elevado riesgo de complicaciones¹⁰. En ocasiones puede ser preciso la colocación de un DPPI como puente al trasplante hepático. Los fármacos vasoconstrictores espláncnicos, como el octreotido y la terlipresina, pueden jugar un importante papel en el tratamiento, incluso con efecto sinérgico a otras modalidades terapéuticas.

En el caso que presentamos existe una inusual respuesta, completa y mantenida, al tratamiento diurético y la dieta baja en sal. Esta circunstancia no nos debe hacer olvidar que en el manejo del paciente cirrótico con hidrotórax debe tenerse presente la posible indicación de trasplante hepático, único tratamiento definitivo, aun siendo esta complicación la primera manifestación de la enfermedad hepática.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kochar R, Nevah Rubin MI, Fallon MB. Pulmonary complications of cirrhosis. *Curr Gastroenterol Rep.* 2011; 13:34-39.
2. Roussos A, Philippou N, Gerassimos JM. Hepatic hydrothorax: Pathophysiology diagnosis and management. *J Gastroenterol Hepatol.* 2007;22:1388-1393.
3. Golpe R, Garcia L, García M. Sánchez E et al. Hidrotórax hepático sin ascitis: presentación de un caso y revisión en la literatura. *An Med Interna* 1998; 15:541-543.
4. Montes BB, Kayhan B, Gorgul A, et al. Hepatic Hydrothorax in the absence of ascitis: report of two cases and review of the mechanism. *Dig Dis Sci.* 1997; 42:781-788.
5. Garcia N, Mihás AA. Hepatic Hydrothorax: pathophysiology, diagnosis and management. *J Clin Gastroenterol* 2004; 38:52-58
6. Barreales M, Saenz-Lopez S, Igarzabal A, et al. Hidrotórax hepático refractario: tratamiento eficaz con octreotide. *Rev Esp Enferm Dig* 2005; 97:830-833.
7. Pfammatter R, Quattropani C, Reichen J. Treatment of hepatic hydrothorax and reduction of chest tube output with octreotide. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2001; 13: 977-980.
8. Dumortier J, Lepretre J, Scalone O, et al. Successful treatment of hepatic hydrothorax with octreotide. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2000; 12: 817-820.
9. Garrido Serrano A, Pascasio Acevedo JM, Márquez Galán JL. Tratamiento con octreotide en el hidrotórax hepático. *Rev Esp Enferm Dig* 2006; 98: 625-634.
10. Ruyon BA, Geerbistr M, Ming RH. Hepatic hydrothorax is a relative contraindication to chest tube insertion. *Am J Gastroenterol* 1998;81:558-567.