

Contenido intestinal en cavidad pleural. A propósito de un caso Intestinal Content in Pleural Cavity. About a Case

Dr. Victor Manuel Sierra Alfonso  

Especialista de I grado en Cirugía General y en Medicina General Integral. Investigador Agregado. Profesor Auxiliar. Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Aleida Fernández Chardiet". Facultad de Ciencias Médicas Mayabeque. Güines, Cuba.

Autor para correspondencia: Dr. Victor Manuel Sierra Alfonso 

RESUMEN

El derrame pleural es una acumulación anormal de líquido en el espacio pleural, que es una cavidad virtual dentro de la caja torácica, entre la pleura parietal y visceral. El objetivo de este informe es presentar el diagnóstico de un caso raro de derrame pleural, inusual como resultado de la aspiración a través de una pleurostomía, por ser un tipo de derrame pleural, no informado en la literatura. Se trata de un paciente masculino de 51 años de edad, con fiebre y manifestaciones respiratorias, que se le diagnostica un derrame pleural, se le realiza una pleurostomía mínima baja y se obtiene como resultado, líquido intestinal. Se confirma la existencia de una fistula entero pleural. Se concluye que la presencia de contenido intestinal en la cavidad pleural es rara. La existencia del mismo, obliga a pensar en la presencia de una fistula entre ambas estructuras.

Palabras clave: derrame pleural, contenido intestinal, pleurostomía, fistula enteropleural

Descriptor: fistula, pleura, pleural cavity, pleural effusion

ABSTRACT

Pleural effusion is an abnormal accumulation of fluid in the pleural space, this space is a virtual cavity within the rib cage, between the parietal and visceral pleura. The objective of this report is to present the diagnosis of a rare case of pleural effusion, unusual as a result of aspiration through a pleurostomy, as it is a type of pleural effusion, not reported in the literature. This is a 51-year-old male patient, with fever and respiratory manifestations, who is diagnosed with a pleural effusion, a minimal low pleurostomy is performed and intestinal fluid is obtained as a result. The existence of an entero pleural fistula is confirmed. It is concluded that the presence of intestinal contents in the pleural cavity is rare. Its existence forces us to think about the presence of a fistula between both structures.

Key words: pleural effusion, intestinal contents, pleurostomy, entero pleural fistula

Descriptors: fistula, pleura, pleural cavity, pleural effusion

INTRODUCCIÓN

El derrame pleural es una acumulación anormal de líquido en el espacio pleural. Este espacio es una cavidad virtual entre la pleura parietal y visceral. Normalmente, se produce una pequeña cantidad fisiológica de líquido pleural: entre 0,1-0.26 ml/kg.⁽¹⁾ Este espacio entre ambas pleuras mide 18-20 micrómetros de ancho.⁽²⁾

Existe un equilibrio con una tasa aproximadamente igual de formación y absorción del líquido, el cual lubrica la superficie de las pleuras y facilita el movimiento de los pulmones a través de la pared torácica y el diafragma durante la inspiración y la espiración.⁽¹⁻³⁾

El líquido pleural puede originarse en los capilares pleurales (principalmente parietales), el espacio intersticial pulmonar, los linfáticos, los vasos sanguíneos intratorácicos o la cavidad peritoneal,⁽²⁻⁴⁾ debido a la diferencia de presiones hidrostáticas y oncóticas entre los capilares de ambas hojas pleurales y el espacio pleural. 3,4 Su reabsorción se lleva a cabo a través de pequeños estomas en la pleura parietal, que drenan en los vasos linfáticos torácicos,^(2,5-7) de forma similar a lo que sucede en otros espacios intersticiales del organismo.^(4,7) Cualquier acumulación por encima de dicho límite y que sea clínicamente evidente corresponde a un derrame pleural.^(3,5)

Afecta aproximadamente a 1.5 millones de personas en Norte América cada año. Dentro de las causas más frecuentes se destaca la falla cardíaca congestiva, el derrame paraneumónico, la malignidad y la embolia pulmonar. Esta situación cambia en Suramérica, donde mencionan la tuberculosis, neumonía y la malignidad como las principales causas del derrame pleural.⁽¹⁾

La mortalidad es alta (10-20 %) si es de etiología infecciosa, específicamente, el derrame pleural paraneumónico complicado o empiema, donde el diagnóstico y tratamiento precoz impactará en el pronóstico y supervivencia de los pacientes.⁽¹⁾

El objetivo es presentar el diagnóstico de un raro caso de derrame pleural, algo inusual como resultado de la aspiración a través de una pleurostomía. Principalmente por ser un tipo de derrame pleural no informado en la literatura.

Presentación del Caso.

Paciente masculino, de 51 años de edad, que

acudió a consulta donde refiere antecedentes de estar operado hacía \pm 2 años de un Tumor de Klatskin, al cual se le realizó resección de vías biliares y hepaticoyeyunostomía, con "complicación postoperatoria al séptimo día de operado", que requirió ingreso nuevamente.

Cinco días antes comenzó con fiebre elevada de 40 °C en una ocasión, con vómitos esporádicos. Como además tenía antecedentes de pielonefritis aguda a repetición, con leucocituria en un parcial de orina, le indicaron tratamiento antibiótico con Ciprofloxacino 2 tabletas c/12 horas.

Dos días antes aparecieron otros síntomas. Comenzó a presentar disnea acompañada de tos húmeda y expectoración amarillo-verdosa que se constató era de color bilioso (bilibtisis) y el paciente refirió que esta expectoración la tenía a partir de la operación del tumor de Klatskin.

Al examen físico:

-Mucosas húmedas y ligeramente hipocoloreadas.

-TCS no infiltrado.

-**Aparato respiratorio:** hemitórax derecho abombado, expansibilidad torácica disminuida, vibraciones vocales abolidas, murmullo vesicular abolido y matidez a la percusión en dicho hemitórax. FR 28 x min.

-**Aparato cardiovascular:** ruidos cardíacos rítmicos, de buen tono, no soplos. FC 90 x min. TA 130/80 mmHg

-**Abdomen:** cicatriz arciforme en cúpula de Hartman. Abdomen blando, depresible, no doloroso, no visceromegalia ni tumor. Sonoridad normal. Ruidos hidroaéreos normales.

Complementarios de laboratorio.

-Hematocrito: 036

-Leucograma: 14,3 x 10⁹/L Polimorfonucleares 80

-Linfocitos: 20

-Eritrosedimentación: 58 mm

-Coagulograma: tiempo de sangramiento 2 min, tiempo de coagulación 9 min.

-Coagulo retráctil, conteo de plaquetas 286 000 x mm³

-Ionograma y gasometría: pH 7.52 Na⁺ 136 mmol/l K⁺ 3.52 mmol/l Cl⁻ 102 mmol/l HCO₃⁻ 18.7 mmol/l SO₂ 98% PCO₂ 49 %.

-**Ecografía abdominal:** No lesión focal hepática, colecistectomizado, con endoprótesis en el lóbulo izquierdo. No ascitis.

-**Ecografía torácica:** Derrame pleural con celularidad y lesiones de aspecto inflamatorio.

-**Radiografía de Tórax simple PA:** Gran derrame pleural derecho, figura 1.



Fig. 1. Radiografía de Tórax simple PA
Fuente: Cortesía del autor

Con todo lo anterior se decide realizar una toracocentesis, donde se extraen 5 ml de un líquido de color amarillento, denso, que recordaba el líquido yeyunal bajo y con olor fecaloide. No drena espontáneamente y se decide realizar pleurostomía mínima baja., figura 2.



Fig. 2. Pleurostomía mínima baja
Fuente: Cortesía del autor

Se realiza pleurostomía mínima baja a nivel del 7mo espacio intercostal, línea axilar posterior. Se extraen 3000 ml de líquido de la Pleurostomía mínima baja, figura 3.



Fig. 3. Líquido extraído de la Pleurostomía mínima baja
Fuente: Cortesía del autor

Después de este proceder, al paciente le desapareció la disnea. Al día siguiente fue remitido al Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras para ser evaluado por el grupo de Cirugía hepato-bilio-pancreática, quienes le daban seguimiento desde haber sido operado por su enfermedad de base. Donde días más tarde se confirma que tenía una fístula entero-pleural por dislocación de la endoprótesis.

DISCUSIÓN

Los trasudados son claros, de color ligeramente amarillo y no presentan coágulos. Los exudados presentan diferentes tonos de color, con opacidad y aspecto turbio variable; y generalmente forman coágulos.⁽⁷⁻⁹⁾

El líquido pleural puede clasificarse en varios tipos y contribuir al diagnóstico según las peculiaridades que se relacionan a continuación:

1. Acuoso: amarillo claro (probable trasudado).^(5,8,9)
2. Seroso: amarillento (maligno 50 %, o trasudado).^(5,8,9)
3. Serohemático: rojizo (maligno, o trasudado)^(5,8-11) asbestosis, embolismo pulmonar, síndrome postinjuria cardíaca.^(5,10,11)
4. Francamente hemático: como la sangre (neoplasias 10 %). Hemotórax.^(8,10)
5. Purulento: con pus, diagnóstico de empiema ^(3,5,8) (después de la centrifugación el líquido se aclara).⁽⁷⁻⁹⁾
6. Turbio: amarillento, viscoso u opaco. Predominio de trasudado.⁽⁵⁾
7. Blanco/Lechoso: como suero lipémico, pero menos espeso que el pus. Quilotórax, contenido de colesterol,^(2,8,10) pseudoquilotórax.⁽¹⁰⁾
8. Marrón o aspecto de pasta de anchoas: Ruptura de absceso hepático amebiano a cavidad pleural, hemotórax crónico.^(5,8)
9. Negro: Aspergilosis.^(5,10) melanoma, fístula pancreatopleural y uso de cristal de cocaína, adenocarcinoma broncogénico, hemotórax crónico 5; perforación esofágica durante el tratamiento con carbón activado.⁽⁴⁾
10. Verde oscuro: Biliotórax.^(5,10)
11. Amarillo verdoso: Derrame pleural reumatoideo.⁽¹⁰⁾
12. Viscoso: Mesotelioma.⁽⁵⁾
13. Olor a amonio: Urinotórax.^(5,10)
14. Pútrido: Empiema anaerobio.^(5,10)
15. Trasudado claro como agua: Fístula duro-pleural.⁽⁴⁾

Ninguno de esos artículos refleja que pueda existir líquido intestinal en el espacio pleural.^(1,3,5,8-11) Incluso ni en la literatura básica de los estudiantes y residentes de cirugía general.^(12,13)

Al analizar que el paciente desde que fue operado del tumor de Klatskin tenía de forma esporádica expectoración verdosa (bilibtisis), hace pensar al autor que, a partir de la complicación postoperatoria presentada por el paciente, y de la cual no conoce los detalles de la misma, se haya formado una fístula broncobiliar, o enterobronquial.

Fístula entero-freno-pleuro-bronquial si se tomaran para darle nombre las diferentes estructuras que intervendrían en dicha fístula. Esto justificaría la biliptisis presentada por el paciente a partir de la operación.

La persistencia de esta comunicación es similar a la de la fístula broncobiliar y es favorecida por el gradiente de presión entre la presión positiva generada en la vía biliar (en este caso dentro del intestino) y la presión negativa del espacio torácico. La bilis que se fuga del árbol biliar actúa como agente irritante, causa inflamación y genera un proceso crónico y necrosis del diafragma, entra en contacto con la pleura y el parénquima pulmonar.⁽¹⁴⁾

Así se justificaría que, ante determinada obstrucción, edema, fibrosis del árbol bronquial y no fuera expulsado el contenido de la fístula, este se comenzara a acumular en el espacio pleural y llegara a alcanzar la magnitud que tuvo en este paciente.

Se concluye que la presencia de contenido intestinal en la cavidad pleural es extremadamente raro. La existencia del mismo obliga a pensar en la existencia de una fístula entre ambas estructuras.

Declaración ética-moral: Se respetan los principios planteados en la declaración de Helsinki de 1964 y se obtiene el consentimiento informado, se declara que toda información es utilizada en beneficio de la ciencia y se garantiza la confidencialidad de los datos personales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Forero Saldarriaga S. Claves diagnósticas en el paciente adulto con derrame pleural: revisión narrativa. *Iatreia* [Internet]. 2020 [citado 27 May 2024];33(4):348-59. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/view/340185>

2. Díaz Campos RM. Parámetros asociados a la eficacia de la pleurodesis y a la supervivencia en pacientes con derrame pleural maligno [Tesis para optar por el título de Doctor en Ciencias]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2017. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/41422/1/T38458.pdf>

3. Loret de Mola Bueno YÁ, Prince Martínez IA, Fernández Chiu LM, Sugrañes Montalván A, Muzio González VL, Hernández Bernal F. Correlación fisiopatológica, diagnóstica y terapéutica en el derrame pleural paraneumónico. *Rev Cubana Pediatr* [Internet]. 2023 [citado 27 May 2024]; 95:e4176. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v95/1561-3119-ped-95-e4176.pdf>

4. Ferreiro L, Porcel JM, Valdés L. Diagnóstico y manejo de los trasudados pleurales. *Arch Bronconeumol* [Internet]. 2017 [citado 29 May 2024];53(11):629-36. Disponible en: <https://www.archbronconeumol.org/es-diagnostico-manejo-trasudados-pleurales-articulo-S0300289617301461>

5. Ramírez Arce JA, Cabrera García HB. Enfoque diagnóstico del derrame pleural. [XVII Curso de Actualización para Médicos Generales]. Antioquia : Universidad de Antioquia; 2017. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/332933663> Enfoque diagnóstico del derrame pleural

6. Arrieta González MT. Derrame pleural en radiología. *Revista Médica Sinergia* [Internet] 2017 [citado 29 May 2024];2(6):3-5. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/74>

7. Durán Barata D, Jara Alonso I, Arrieta Narváez P. Actualización del derrame pleural. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado* [Internet] 2022. [citado 25 May 2024].13(68): 3997-4005. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541222002967>

8. Quesada Guillén RR, Pozo Abreu SM, Martínez Larrarte JP. Derrames pleurales trasudados y exudados: clasificación. *Rev Cubana de Reumatol* [Internet]. 2018 [citado 29 May 2024];20(3):1-16. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_serial&pid=1817-5996&lng=es&nrm=iso

9. Rodríguez Torres J. Valoración e interpretación terapéutica en derrame pleural. [Tesis para optar por el título de Doctor en Ciencias]. Granada: Universidad de Granada; 2022 [citado 29 May 2024]. Disponible en: <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/80685/69236%281%29.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

10. Recuero Díaz JL. Valoración del derrame pleural. Medicina Respiratoria [Internet]. 2017 [citado 29 May 2024]; 10(1):47-64. Disponible en: <http://www.neumologiaysalud.es/descargas/R10/R10-6.pdf>

11. Recuero Díaz JL, Figueroa Almánzar S, Gálvez Muñoz C, Sierra JL, López Porras M, Márquez Medina D, et al. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cirugía Torácica para el manejo del derrame pleural maligno. Cirugía Española [Internet]. 2022 [citado 29 May 2024]. 100(11): 673-83. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-recomendaciones-sociedad-espanola-cirugia-toracica-S0009739X22001348>

12. García Gutiérrez A, Pardo Gómez G, Abraham Arap JF, Adefna Pérez RI, Arce Bustabad S, Barrero Soto R, et al. Cirugía I. [Internet]. La Habana: Ciencias Médicas. 2006 citado [29 May 2024]. Disponible en: <https://dokumen.pub/cirugia-tomo-i.html>

13. Soler Vaillant R, Mederos Curbelo ON. Afecciones quirúrgicas del cuello y del tórax. En: Cirugía III [Internet]. La Habana: Ecimed; 2018 [citado 29 May 2024]. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/cirugia-tomo-ii-afecciones-quirurgicas-frecuentes/>

14. Murcia CA, Rivera JE, Mejía GA, Benavides CA, Garzón JC, Ureña N. Presentación de caso: Abordaje tóraco-abdominal de la fistula broncobiliar. Rev Colomb Cir [Internet] 2017 [citado 30 Ene 2021]; 32(2):23-8. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822017000300009

Conflicto de intereses.

El autor declara que no existen conflictos de intereses para la publicación del artículo.

Declaración de autoría.

El autor se responsabiliza con el texto que se publica.

Citar como: Sierra Alfonso V. Contenido intestinal en cavidad pleural. A propósito de un caso. Medimay [Internet]. 2024 [citado: fecha de citado]; 31:e1922. Disponible en: <https://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1922>



Este artículo se encuentra protegido con una [licencia de Creative Commons Reconocimiento- No Comercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos, siempre que mantengan el reconocimiento de sus autores.