Rev Clin Esp. 2014;214 (Espec Congr):1346

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

V-244. - HIDROTÓRAX DE CAUSA HEPÁTICA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL

G. Serrano, M. Mañas, E. Marchán, G. Esquinas, B. la Rosa, J. Castro, C. Muñoz, A. Sáenz

Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real.

Resumen

Objetivos: Describir las características de los pacientes cirróticos con hidrotórax hepático (HH), ingresados en el servicio de medicina Interna del HGUC durante el año 2013.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes con diagnóstico final de HH. Se definió HH como la presencia de derrame pleural en paciente con cirrosis hepática no atribuible a una causa primaria cardiaca, pulmonar o pleural. Los parámetros recogidos fueron sexo y edad; etiología y tiempo de evolución de la cirrosis; grado de insuficiencia hepatocelular en el momento del diagnóstico del HH (escala de Child-Pugh); características bioquímicas (trasudado/exudado, empiema) y radiológicas del derrame pleural, el control del mismo con los tratamientos.

Resultados: Se incluyeron 4 pacientes con HH. El 75% eran mujeres. La edad media fue de 69,5 años (58-88). Todos ellos habían sido diagnosticados de cirrosis antes de la aparición del HH. La etiología de la cirrosis fue 1 caso VHC, en otro enolismo y esteatosis respectivamente y del 50% para VHB. Uno de los pacientes presentaba coinfección con el VHB-VHC. El 75% no presentaban ascitis. Tres pacientes presentaban Child C y 1 Child B. EL HH fue derecho en 3 (75%) de los casos y ocupó la mitad o más del hemitórax en todos. En cuanto a las características del líquido pleural, todos cumplían criterios de trasudado, un paciente desarrolló durante la evolución empiema bacteriano espontáneo. Ninguno era candidato al trasplante hepático y no recibieron tratamiento con TIPS ni catéter intrapleural crónico. Se realizaron toracocentesis terapéuticas repetidas que fracasaron en la mayoría de los casos. No se recogió ningún caso de neumotórax. La media de supervivencia desde la detección del HH fue de 9 meses (6-12). Todos los pacientes han fallecido.

Discusión: El HH se presenta entre el 5-10% de los pacientes con cirrosis. Se produce por defectos diafragmáticos, a través de los cuales el líquido ascítico fluye hacia el tórax. El 80% son de localización derecha con características de trasudado. A diferencia de la ascitis, el acúmulo de cantidades moderadas de líquido pleural se tolera mal. Como complicación del hidrotórax puede aparecer el empiema bacteriano espontáneo. El tratamiento habitual es similar al de la ascitis, y consiste en la restricción de sal en la dieta y la administración de diuréticos. Sin embargo, aproximadamente un tercio de ellos son o se hacen refractarios a los diuréticos. La presencia de HH debe plantear la posibilidad de un trasplante hepático ya que es el único tratamiento que aumenta la supervivencia, (82% al año y del 70% a los cinco años). En espera al trasplante, solo la colocación de TIPS o de un catéter intrapleural crónico resulta eficaz. La toracocentesis de repetición, la pleurodesis, el drenaje pleural con tubo de tórax, el shunt peritoneo vesical o la cirugía de reparación de los defectos diafragmáticos han obtenido resultados desiguales y no siempre buenos. Porcel et al, realizaron un

estudio con 77 pacientes con diagnóstico de HH. Encontraron que el 86% de ellos no eran candidatos a trasplante. La evolución fue desfavorable con una mediana de supervivencia de nueve meses. En nuestro caso, ninguno de nuestros pacientes era candidato a trasplante ni a colocación de TIPS. El tratamiento con diurético y toracocentesis repetidas no fue efectivo. La evolución fue tórpida, con una media de supervivencia de nueve meses.

Conclusiones: EL HH es una complicación poco frecuente de la cirrosis hepática con mal pronóstico. El único tratamiento que aumenta la supervivencia es el trasplante hepático. Si no puede realizarse, el resto de tratamientos sólo ayudan al control de los síntomas.

0014-2565 / © 2014, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.