

Hemotórax, ¿de origen postural?

Sr. Director:

El derrame pleural hemático cuyo hematocrito es mayor o igual al 50% del hematocrito de la sangre periférica se denomina hemotórax. En ocasiones, el tiempo transcurrido desde el momento del sangrado hasta la realización de la toracocentesis permite la dilución de la sangre en la cavidad pleural, por lo que el criterio diagnóstico de hemotórax puede no cumplirse estrictamente (1.) Las causas más frecuentes de hemotórax (2) son traumáticas, yatrogénicas (canalización de vías centrales, punciones pleuropulmonares, técnicas endoscópicas, arteriográficas o quirúrgicas, etc.) o no traumáticas (denominados hemotórax espontáneos). Estos últimos son más raros; entre ellos se han descrito los secundarios a anticoagulación o coagulopatías, neoplasias de pleura, endometriosis, alteraciones vasculares, óseas o pulmonares (neumotórax, secuestros, infecciones, etc). Finalmente, existe otro grupo de origen completamente desconocido: el hemotórax espontáneo idiopático (3-5), descrito en pocas ocasiones. No hemos encontrado ningún caso en el que se relacione el origen del hemotórax con la adopción de una postura corporal específica.

Mujer de 67 años de edad con enfermedad de Graves-Baseow, controlada con metimazol. En marzo del 99 fue intervenida quirúrgicamente de varices en las piernas. Se le practicó raqui- anestesia, para lo cual la enferma fue colocada en decúbito lateral, con el tronco y las piernas flexionadas al máximo. Al adoptar esta posición "fetal" la enferma presentó un dolor punzante en el hemitórax derecho, que se autolimitó en unas horas. Tras la intervención permaneció en reposo relativo durante 24-48 horas, sin evidencia de cambios en las piernas, salvo la presencia de las cicatrices y los hematomas postquirúrgicos. En este tiempo reapareció el dolor pleurítico derecho, sin otros síntomas respiratorios o sistémicos. La exploración física y la radiografía de tórax pusieron de manifiesto la presencia de un derrame pleural derecho, cuya cuantía se incrementó en los días siguientes, hasta alcanzar un tercio del pulmón derecho. El hemograma (hemoglobina 12 g/dl, hematocrito 36%), la bioquímica sérica, la coagulación (actividad de protrombina y dímero D), la gasometría arterial y el ECG fueron normales. Se realizó una toracocentesis, obteniéndose un líquido pleural hemático (que se confirmó en varias punciones posteriores), con características de exudado (proteínas 3,6 g/dl, LDH 1047 UI), celularidad mixta, ADA 12 U/ml, pH 7,32, CEA 0,7 ng/ml; los resultados citológicos y bacteriológicos fueron negativos. El hematocrito era de 15 % y el número de hematíes de 325.000/mm³. Con la sospecha inicial de embolismo pulmonar se realizaron un estudio ecográfico de las extremidades inferiores, una gammagrafía pulmonar de ventilación/perfusión y una arteriografía de pulmón, con resultados negativos. Una biopsia pleural a ciegas y una TAC torácica no encontraron alteraciones significativas. La enferma presentaba un pequeño nódulo mamario, con características clínico-mamográficas de benignidad, que evolutivamente permanecía inalterado. Los marcadores tumorales (alfa-fetoproteína, CEA, Ca 15,3, Ca 19,9 y Ca 125) fueron normales, así como el factor reumatoide y los ANA. Durante su estancia en el centro fue tratada con analgésicos (metamizol), con lo que el dolor se controló y permaneció libre de síntomas. Fue dada de alta y en controles ambulatorios posteriores (12 meses después) permanece asintomática, con evidencia radiológica de desaparición completa del derrame pleural.

El inicio de los síntomas coincidía inequívocamente con la adopción de una postura corporal forzada, en hiperflexión de la columna cervical, torácica, lumbar y de extremidades inferiores. El derrame pleural era francamente hemático, si bien no cumplía estrictamente los criterios de hemotórax. La clínica, la ausencia de otras causas conocidas y la evolución autolimitada del proceso, sin tratamiento específico alguno, nos obligan a relacionarlo con la posición adoptada durante la realización de la raqui-anestesia.

Nuestra hipótesis es que esta postura ha contribuido a producir un pequeño desgarro de la pleura parietal en su contacto con las costillas o el diafragma, lo que ha originado un sangrado intrapleural, autolimitado. La falta de antecedentes bibliográficos de esta situación nos anima a comunicar el caso, aunque con la máxima cautela en cuanto a la confirmación etiológica del proceso.

Nuestro agradecimiento a los Drs. Miguel Zabaleta (Unidad de Neumología del Hospital de Laredo) y Roberto Mons (Servicio de Cirugía Torácica del H.U.M. Valdecilla) por sus aportaciones en el caso.

T. de Vega Santos, M^a A. Méndez Batán, A. Adalia Toledano, C. Lahoz Macipe, J.I. Martín Arrillaga*

*Sección de Medicina Interna. Hospital de Laredo. Cantabria. *Equipo de Atención Primaria Bajo Asón. Cantabria*

1. Martínez FJ, Villanueva AG, Pickering R, Becker FS Smith DR. Spontaneous hemothorax. Report of 6 cases and review of the literature. *Medicine (Baltimore)* 1992; 71: 354-68.
2. Yeam I, Sassoos C. Hemothorax and chylothorax. *Curr Opin Pulm Med* 1997; 3:310-4.
3. Padilla Navas I, Shum C, Martínez M, García Pachón E. Hemotórax espontáneo idiopático en un adolescente sano. *Med Clin (Barc)* 1995; 105:116.
4. García Barajas S, Díaz-Hellín Gude V, Marrón Fernández MC. Hemotórax espontáneo idiopático. *Arch Bronconeumol* 1997; 33:429-30.
5. García-Talavera I, Pérez Negrín L, Casanova Macario C. Hemotórax espontáneo idiopático. *Arch Bronconeumol* 2000; 36:59-60.

Leucemia neutrofilica crónica: el interés del diagnóstico diferencial

Sr. Director:

La leucemia neutrofilica crónica (LNC) es un síndrome mieloproliferativo crónico (SMPC) poco frecuente e independiente de la leucemia mielode crónica (LMC). Suele incidir en pacientes de más de 50 años, caracterizándose por una hepatoesplenomegalia con leucocitosis neutrofilica, con abundantes granulocitos en banda. Las cifras de plaquetas y hematíes pueden ser normales al inicio del proceso, y la granulopoyesis denota granulación tóxica, cuerpos de Döhle y gran elevación de las fosfatasa alcalinas granulocíticas (FAG) (1). El principal diagnóstico diferencial de la LNC debe hacerse con enfermedades que puedan producir una reacción leucemoide principalmente neoplasias e infecciones y con otros SMPC, de ahí la gran dificultad de diagnóstico diferencial que plantea esta entidad puesto que no siempre es posible obtener confirmación histológica de la existencia de infiltrados por granulocitos maduros en los diferentes órganos.

Desde la primera descripciones de la enfermedad realizada por Tuchy (2) en 1920 se han publicado hasta la fecha 43 trabajos describiendo 87 casos, (Medline 1966-2000) que han permitido caracterizar y definir perfectamente este síndrome mieloproliferativo. Presentamos un nuevo caso, dado que es una entidad infrecuente y de interés en la práctica clínica desde el punto de vista de su diagnóstico diferencial:

Paciente mujer, de 69 años de edad que consulta por dolor con sensación de ocupación en hipocondrio izquierdo de más de un mes de evolución y astenia.

En la exploración física destaca la existencia de una esplenomegalia de consistencia dura, cuyo borde inferior se palpa a 8 cm