

> CARTA AL DIRECTOR

Infarto esplénico como causa de derrame pleural izquierdo

Marina Blanco Aparicio, Oscar Prada, Pilar Sanjuán

Servicio de Neumología. Hospital Universitario Juan Canalejo (A Coruña)

Sr. Director: Entre las múltiples causas de derrame pleural figura la patología abdominal, especialmente abscesos subfrénicos y pancreatitis^{1,2}, siendo muy infrecuente el infarto esplénico³. Presentamos el caso de una paciente diagnosticada de infarto esplénico que presentaba dolor pleurítico izquierdo y derrame pleural ipsilateral.

Mujer de 58 años que acude a urgencias por dolor torácico izquierdo de características pleuríticas, junto a disnea de moderados esfuerzos, tos con expectoración amarillenta y algún esputo hemoptoico. En los antecedentes personales destacaba que era fumadora activa con un consumo acumulado de > 35 paquetes-año, tenía una fibrilación auricular crónica diagnosticada 9 meses antes del ingreso y tratada con B-bloqueantes (no anticoagulada), y un adenoma pleomorfo de parótida derecha pendiente de exéresis. En la exploración física destacaba: Tª 36.5°C, FC 100 l/min., 16 r.p.m. La auscultación cardíaca era arrítmica y sin soplos. En la auscultación pulmonar había hipofonesis en base izquierda. No había otros datos relevantes. El hemograma y la bioquímica eran normales. La gasometría arterial basal presentaba un pH 7.43, la PO₂ basal era 68 mm Hg y la PaCO₂ 39 mm Hg. La espirometría: FVC 2260 ml (71%) FEV₁ 1370 ml (59%) y el cociente FEV₁/FVC 68. En la Radiografía de tórax se observaba atelectasia de lóbulo y derrame pleural izquierdo de pequeña cuantía desestimado para toracocentesis. Dado el antecedente de tabaquismo, la existencia de algún esputo hemoptoico y los hallazgos descritos en la radiografía de tórax se realizó broncoscopia que mostró estenosis de aspecto cicatricial del bronquio de la lóbulo, siendo la biopsia bronquial, cepillado y broncoaspirado negativos para malignidad y el cultivo del broncoaspirado negativo para micobacterias. Se completó el estudio con una tomografía computarizada de tórax y abdomen que mostró

la existencia de esplenomegalia con varias lesiones de aspecto infiltrativo sugestivas de síndrome linfoproliferativo o tumor esplénico primitivo y enfermedad pleural izquierda. Se realizó punción-biopsia esplénica guiada por tomografía computada (TC) siendo el diagnóstico de infarto esplénico. Se descartó como causa del derrame pleural el tromboembolismo pulmonar y además se solicitó un estudio de hipercoagulabilidad y se inició anticoagulación de la paciente. La evolución posterior fue favorable con resolución tanto del derrame pleural como de los infartos esplénicos en la TC de control a los 2 meses. Los resultados del estudio de hipercoagulabilidad mostraron títulos altos de anticuerpos anticardiolipina (IgG anticardiolipina 49,4 GPL (VN < 16,5). En la búsqueda de causas de síndrome antifosfolípido secundario se determinaron marcadores de autoinmunidad que fueron negativos, serologías de hepatitis B y C negativa y serología para el virus de la inmunodeficiencia adquirida humana (VIH) que fue positiva.

El derrame pleural es una patología frecuente en la práctica clínica diaria. Las etiologías más comunes están relacionadas con patología pulmonar o pleural y entre las causas abdominales más frecuentes figuran la enfermedad pancreática, abscesos intraabdominales (raro el absceso esplénico), estados hipoalbuminémicos (cirrosis hepática con descompensación hidrópica, síndrome nefrótico), uremia, perforación esofágica, cirugía abdominal, hernia diafragmática, esclerosis de varices, trasplante hepático y enfermedad de la vía biliar^{1,2,4}. Sin embargo, la relación entre infarto esplénico y derrame pleural ha sido poco descrita hasta el momento en la literatura. Warren y cols³ describen un caso de derrame pleural izquierdo secundario a trombosis de la vena esplénica resuelto tras esplenectomía y mencionan que esta asociación no había sido descrita previamente. Nosotros describimos un caso de derrame pleural izquier-

do en el que hemos descartado otras causas incluyendo el tromboembolismo pulmonar y que se resolvió con la anticoagulación administrada para el infarto esplénico. En esta paciente el diagnóstico constituyó un hallazgo debido a que la búsqueda se centró en descartar neoplasia, la causa más común de derrame pleural en una paciente con un consumo tabáquico de > 35 paquetes-año y esputos hemoptoicos. En este sentido se realizó broncoscopia que mostró estenosis cicatricial del bronquio de la lín-gula que razonablemente justifica los esputos hemoptoicos y la TC de tórax y abdomen reveló los hallazgos descritos en el bazo y que histológicamente correspondían a infartos.

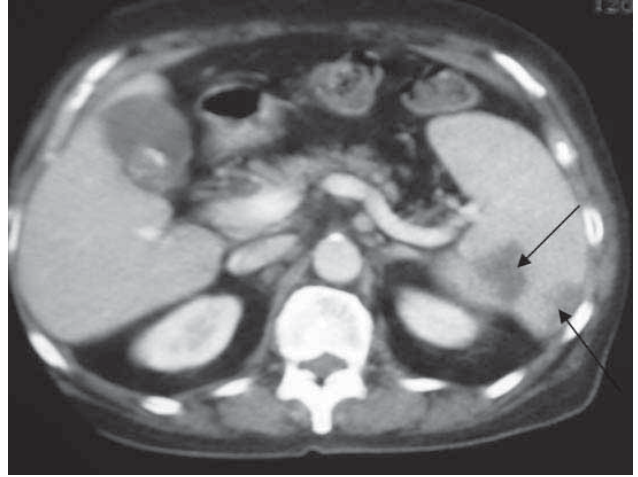
El derrame pleural secundario a enfermedades del bazo es infrecuente y la causa más común es un absceso esplénico secundario a endocarditis bacteriana o enfermedades hematológicas⁵. El infarto esplénico constituye una causa rara de derrame pleural y, en general, se da en pacientes con enfermedades hematológicas (leucemia mieloide crónica, o hemoglobinopatías, especialmente la anemia hemolítica del tipo de células falciformes), pero también se ha descrito en foramen oval, policitemia vera, síndromes de hipercoagulabilidad, etc.^{1,6}

El mecanismo de producción del derrame pleural es probablemente multifactorial y no bien conocido. Warren y cols³ sugerían que podría ser explicado por una combinación de compresión directa de los linfáticos posteriores por el bazo infartado agrandado o filtración de líquido esplénico en el espacio pleural debido a aumento de la permeabilidad causada por inflamación periesplénica.

En el caso que describimos interpretamos los síntomas respiratorios como una infección respiratoria en una paciente con EPOC y lesiones cicatriciales endobronquiales y el infarto esplénico fue un hallazgo radiológico en la TC que se realizó para descartar neoplasia, siendo ocasionado por un síndrome antifosfolípido secundario a infección por VIH.

En resumen, aunque constituye una causa infrecuente, sugerimos que la patología esplénica debería ser considerada en el diagnóstico diferencial del derrame pleural izquierdo.

Figura 3. Tomografía axial computarizada de abdomen, en la que se observan varios infartos esplénicos.



BIBLIOGRAFÍA

1. Shan SA: State of the art-pleura. American Review of Respiratory Diseases 1998; 138:184-234.
2. McKenna JM, Chandrasekhar AJ, Skorton D, et al. The pleuropulmonary complications of pancreatitis. Chest 1997; 71: 197-204.
3. Warren M S, Gibbons R B. Left-sided pleural effusion secondary to splenic vein thrombosis. A previously unrecognized relationship. Chest 1991; 100 (2): 574-575.
4. Light RW. Pleural Diseases. 5rd Edn. Philadelphia , USA, Lippincott Williams & Wilkins, 2007
5. Ansari T, Idell S. Management of undiagnosed persistent pleural effusions. Clin Chest Med 1998 Jun;19 (2): 407-417.
6. Sears DA, Udden MM. Splenic infarction , splenic sequestration , and functional hyposplenism in haemoglobin SC disease. Am J Hematol 1985; 18:261-268.