



HIDROTÓRAX HEPÁTICO

Dras. M. Brin, D. Hervada

Clínica Médica “A”- Prof. Dra. G. Ormaechea

2015

CASO CLÍNICO

- SF. 58 años
- AP
 - LES - Azatioprina, Prednisona
 - CREST - Sildenafil
 - SAF secundario – Anticoagulada

Cirrosis Biliar Primaria. Child Pugh B9 - MELD10 / Pre-trasplante

Varices esofágicas HDA	<ul style="list-style-type: none">• Ligadura endoscópica variceal• Propanolol
Sd. Hepatorrenal tipo 2	
PBE	<ul style="list-style-type: none">• Ciprofloxacina
Ascitis refractaria	<ul style="list-style-type: none">• Espironolactona, Furosemide• Paracentesis evacuadoras
Encefalopatía portosistémica crónica G.1	<ul style="list-style-type: none">• Lactulosa• Rifaximina

CASO CLÍNICO

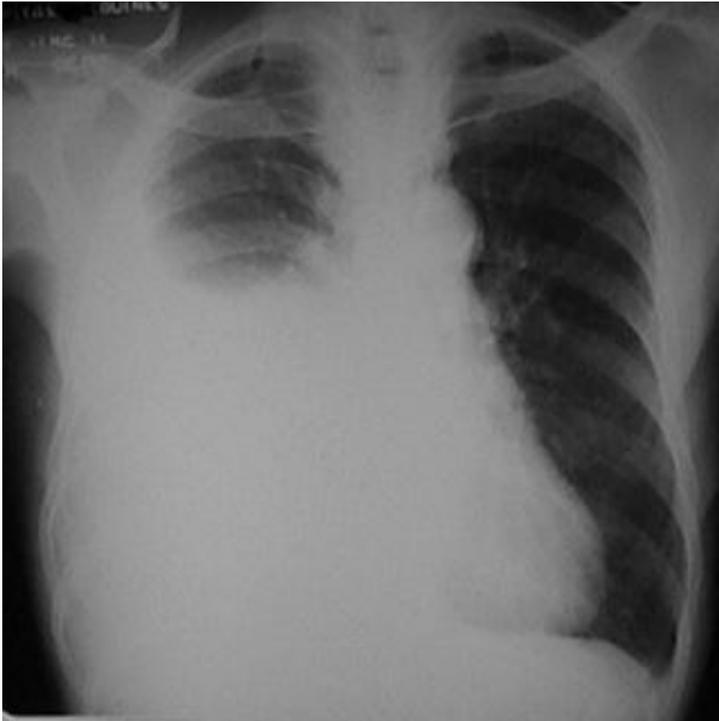
- MC: Disnea
 - EA: 5 días disnea progresiva que se hace de reposo
distensión abdominal progresiva
edemas de MMII
- EF: Polipneica, IR tipo 1, severa
Síndrome en menos en 2/3 hemitórax derecho
Ascitis grado 3
Edemas de MMII hasta muslos
En apirexia

Diagnóstico clínico:

Cirrosis descompensada
Anasarca

PARACLÍNICA

Rx Tx



Toracocentesis

- 3.8 L. Líquido citrino
- Trasudado
- LDH 2219 U/L
- ADA 139 U/L
- Células mesoteliales, PMN 120 /mm³

Valoración etiológica:

Examen de orina: sin proteinuria

Ecocardiograma Doppler normal

Bacteriológico directo negativo, cultivo sin desarrollo

GeneXpert negativo

PARACLÍNICA

- Ecografía abdominal: hígado cirrótico sin lesiones focales. Ascitis extensa difusa. Doppler portal sin evidencia de trombosis
 - Paracentesis: recuento de PMN 259 /mm³. Cultivos sin desarrollo
 - Analítica sanguínea:
 - GB 13370/mm³ (PMN)
 - Creatinina 1,32 mg/dL; Azoemia 87 mg/dL
 - BT 1.34mg/dL a predominio BD
 - Albumina: 3.10 g/dL
 - TP 66%
- Urocultivo: *E. coli*. Blee
 - Hemocultivos sin desarrollo

Causa de descompensación: PBE

TRATAMIENTO

- Tratamiento diurético i/v
- Paracentesis evacuadoras
- Expansión con albúmina
- Meropenem i/v

- A las 24 hs de tratamiento: Shock hipovolémico por HDA variceal
 - Balón Sengstaken-blackmore
 - IOT/ARM
 - Ingreso a CTI
 - Terlipresina – Propanolol
 - Meropenem i/v 7 días

EVOLUCIÓN

- Recidiva de DP y Ascitis:
 - Evolución tórpida bajo tratamiento médico
 - Requerimiento de numerosas toracocentesis y paracentesis
 - Líquidos de similares características al previo
 - Fallece a los 44 días de internación: hemorragia variceal refractaria

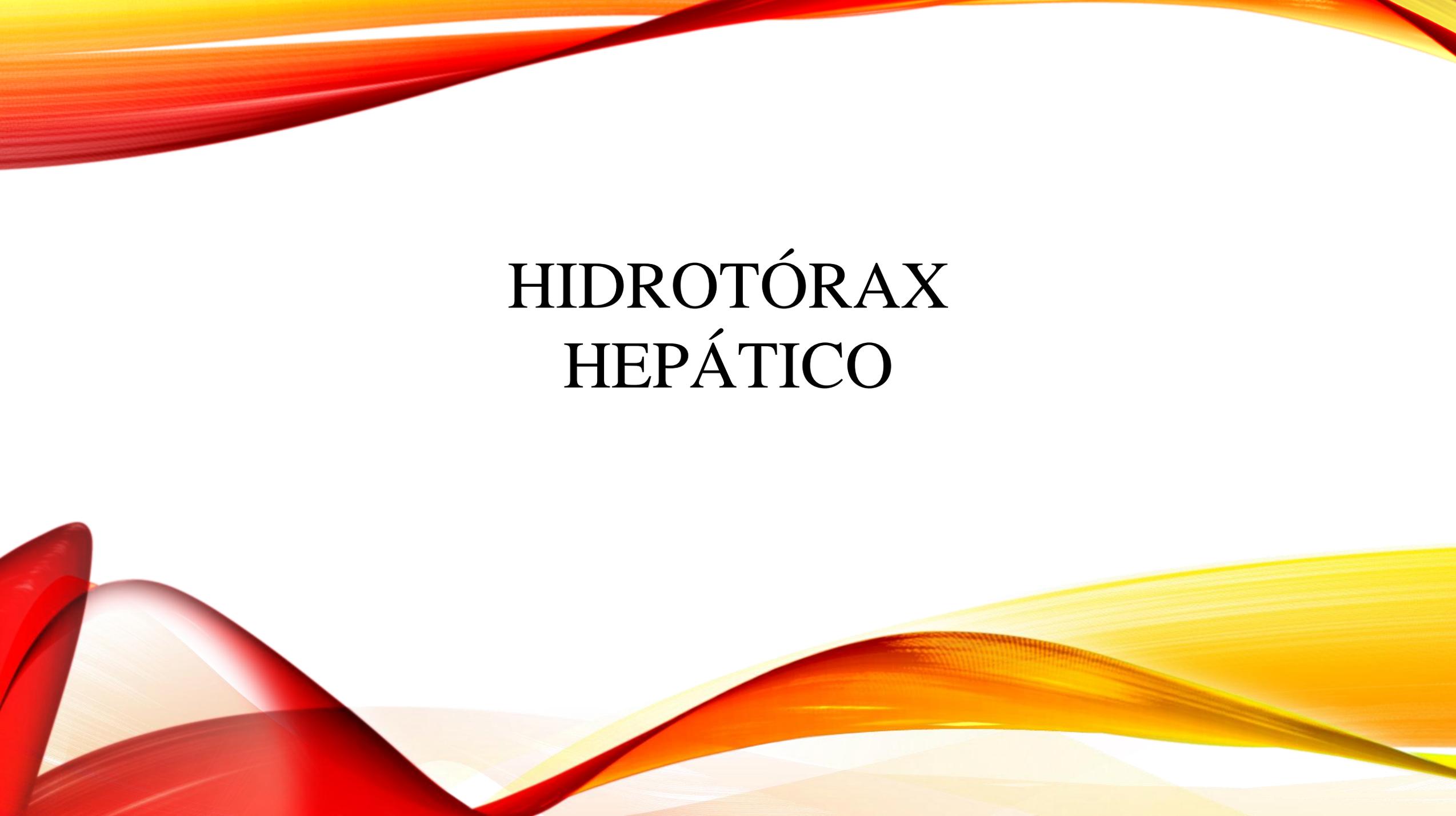
EN SUMA

- SF 58 años Inmunodepresión farmacológica
- Cirrosis biliar primaria – Pre trasplante
- Ascitis refractaria

Derrame pleural

- Inflamatorio
- No inflamatorio
 - Hipoalbuminemia
 - Insuficiencia cardíaca
 - Síndrome nefrótico
 - TEP
 - Hidrotórax hepático





HIDROTÓRAX HEPÁTICO

INTRODUCCIÓN

- Complicación poco frecuente de hepatopatía terminal
- Mal pronóstico
- DEFINICION:
 - Efusión pleural > 500mL
 - Paciente con HTP
 - Sin causa CV/PP

EPIDEMIOLOGÍA

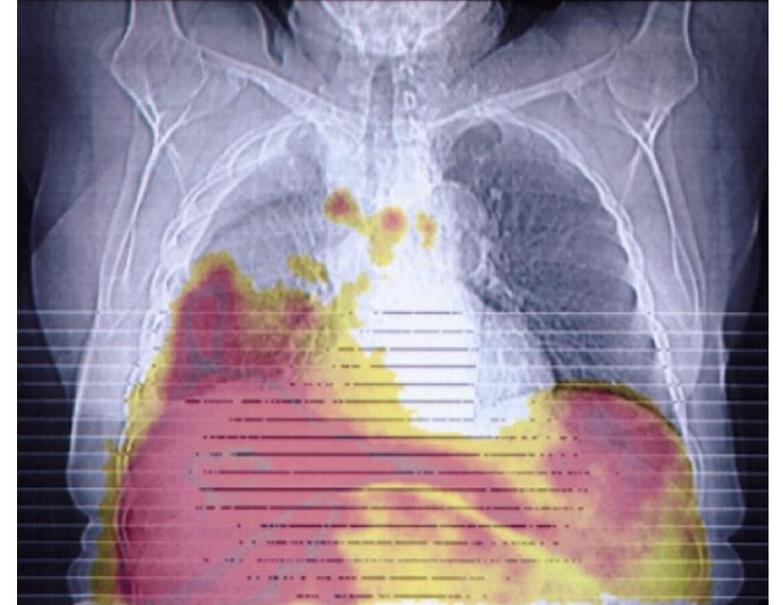
- 4-6% de pacientes cirróticos
- 10% de pacientes descompensados
- Más común en estadíos avanzados

PRESENTACIÓN CLÍNICA

- Dominada por síntomas respiratorios
 - Disnea
 - Tos seca
 - Discomfort torácico
 - Respiración entrecortada
 - Hipoxia
- Acompañada de otros elementos de HTP
 - Hasta 21% sin ascitis

FISIOPATOLOGÍA

- Pasaje de líquido peritoneal por defectos diafragmáticos
- Probable mecanismo valvular



DIAGNÓSTICO

- Paciente cirrótico con HTP + derrame pleural sin causa cardiopulmonar
- Toracocentesis confirmatoria
 - citoquímico (proteínas, albumina, LDH) → trasudado
 - recuento PMN
 - cultivos

COMPLICACIONES

- Hidrotórax agudo a tensión → Empiema bacteriano espontáneo
 - Subdiagnosticado
 - Severidad de hepatopatía, hipoalbuminemia, ↓ proteínas y C3 en líquido pleural
 - Asociación con PBE.
 - Mortalidad 20-38% a pesar del tratamiento
 - Diagnóstico:
 - cultivos + y PMN > 250/mm³
 - cultivos – y PMN > 500/mm³
 - Tratamiento: cefalosporinas 3^ogen 7-10 días o carbapenems

TRATAMIENTO

- Restricción salina (2g/día)
- Diuréticos
 - de asa
 - ARA
- Manejo invasivo
 - toracocentesis
 - tubo de tx +/- pleurodesis
 - TIPS
 - trasplante hepático

- 
- Técnicas quirúrgicas toracoscópicas video-asistidas (VATS)
 - C-PAP

EN SUMA...

- Poco frecuente
- Mal pronóstico – deterioro hemodinámico severo
- Defectos diafragmáticos pleurales
- Síntomas respiratorios
- Diagnóstico clínico - imagenológico – citoquímico - terapéutico
- Tratamiento: restricción salina + diuréticos +/- invasivos
- Complicaciones: Hidrotórax agudo a tensión, empiema bacteriano espontáneo



GRACIAS...

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Norvel JP, Spivey JR. Hepatic hydrothorax. *ClinvLiver Dis* 2014; 18: 439-449.
- Xiol X, Castellote J, Cortes-Beut R et al. Usefulness and complications of thoracocentesis in cirrotic patients. *Am J Med* 2001; 111(1): 67-9.
- Chen CH, Shih CM, Chou JW, et al. Outcome predictors of cirrotic patients with spontaneous bacterial empyema. *Liver Int* 2011; 31(3): 417-24.
- Urbani L, Catalano G, Cioni R, et al. Management of massive and persistent ascites and/or hydrothorax after liver transplantation. *Transplant Proc* 2003;35(4): 1473–5.
- Sese E, Xiol X, Castellote J, et al. Low complement levels and opsonic activity in hepatic hydrothorax: its relationship with spontaneous bacterial empyema. *J Clin Gastroenterol* 2003;36(1):75–7.