

Neumotórax espontáneo catamenial. Caso clínico

Drs. Alexandra Casasbuenas Salcedo, Andrés Felipe Cardona Zorrilla, Ludovic Reveiz Herault, Edgar Guillermo Ospina

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - Hospital de San José (Bogotá - Colombia). Instituto Nacional de Cancerología Pontificia Universidad Javeriana. Clínica Colsanitas Reina Sofía (Bogotá - Colombia)

RESUMEN: La endometriosis torácica es una entidad poco común con múltiples formas de presentación. El diagnóstico se realiza usualmente a partir de hallazgos clínicos como la recurrencia de neumotórax espontáneo, compromiso del hemitórax derecho y relación temporal con el período menstrual.

En 1958 Maurer y col., reportaron por primera vez el síndrome de neumotórax espontáneo recurrente asociado a defectos diafragmáticos y endometriosis pélvica; desde entonces se han reportado múltiples casos en los que se relaciona a los implantes endometriales pleurales con el antecedente de endometriosis pélvica.

Un sin número de tratamientos con resultados insatisfactorios han sido utilizados en esta condición. Este es el caso de una mujer de 41 años que consulta a institución de primer nivel de atención por cuadro de 8 horas de evolución consistente en tos, dolor en hemitórax derecho, disnea y signos clínicos sugestivos de neumotórax espontáneo.

Dentro de los antecedentes ginecoobstétricos y generales de importancia se encuentran dos embarazos normales, dolor pélvico crónico e histerectomía abdominal total por adenomiosis y endometriosis pélvica severa; además endometriosis umbilical documentada por biopsia.

Cuatro meses después del primer evento, la paciente nota síntomas torácicos similares a los referidos anteriormente y relacionados a neumotórax espontáneo recurrente, por lo que se le practica toracoscopia diagnóstica donde se encuentran lesiones pardas en el domo diafragmático derecho compatibles histológicamente con tejido endometrial.

Palabras clave: Neumotórax espontáneo. Neumotórax catamenial. Endometriosis torácica. Endometriosis.

SUMMARY: Thoracic endometriosis is a rare disease with varying clinical presentations. The diagnosis is almost always established on clinical features. Consistent clinical manifestations of catamenial pneumothorax are its recurrent nature, repeated involvement of right hemithorax and a temporal relationship to the onset of menstruation.

In 1958 Murer, et al.. described the syndrome of recurrent catamenial pneumothorax associated with diaphragmatic defects and pelvic endometriosis. Since then, a lot of cases have been reported indicating that endometrial pleural implants and pelvic endometriosis has been related.

Many treatment modalities have been tried with limited success. We report the case of a 41 year old female admitted to a first level center with cough associated with right sided chest pain, shortness of breath and a physical examination compatible with spontaneous pneumothorax. The patient's prior gynecobstetrical and general history included two normal pregnancies, chronic pelvic pain, hysterectomy for adenomiosis and severe pelvic and umbilical endometriosis documented with biopsy.

Four months following the first event the patient noted similar symptoms on the chest, the diagnosis was recurrent pneumothorax that requires thoracoscopy for diagnosis.

During the operation the right dome of the diaphragm contained tiny brown lesions compatible in biopsy with ectopic endometrial tissue.

Key words: Spontaneous pneumothorax. Catamenial pneumothorax. Thoracic endometriosis.

Descripción del caso

Se trata de una mujer de 41 años quien asiste a centro asistencial de primer nivel en diciembre de 2001 por dificultad respiratoria progresiva de 8

Recibido: 08-08-02

Aceptado para publicación: 08-09-02

horas de evolución, tos y pleurodinia en hemitórax derecho. Al ingreso se encuentra taquicardia y disminución del murmullo vesicular en el tercio inferior del hemitórax descrito, asociada a timpanismo. En radiografía de tórax se descubren signos sugestivos de neumotórax derecho (Figura 1); paraclínicos de control dentro de límites normales.



Figura 1. Radiografía de tórax ingreso, signos sugestivos de pequeño neumotórax derecho.

Es valorada por cirugía general en institución de tercer nivel donde se practica toracostomía cerrada derecha bajo la presunción diagnóstica de neumotórax espontáneo primario, con posterior resolución de la sintomatología descrita. Se realiza posteriormente tomografía axial computarizada de tórax sin encontrarse signos de enfermedad bulosa o parenquimatosa pulmonar (Figura 2).

En la historia gineco-obstétrica se encuentran 2 gestaciones con parto normal sin complicaciones aparentes, menarquía a los 14 años ciclos irregulares asociados a dismenorrea y metrorragias ocasionales. Además, antecedente de histerectomía más salpingectomía derecha 4 años atrás, con reporte compatible con adenomiosis y extenso compromiso por endometriosis sobre la serosa de la trompa y cuerpo del útero. En agosto de 2000 se practica resección de lesión umbilical parda de 1 cm de diámetro, compatible con tejido endometrial ectópico. Niega episodios previos de dificultad respiratoria y antecedente de infertilidad.

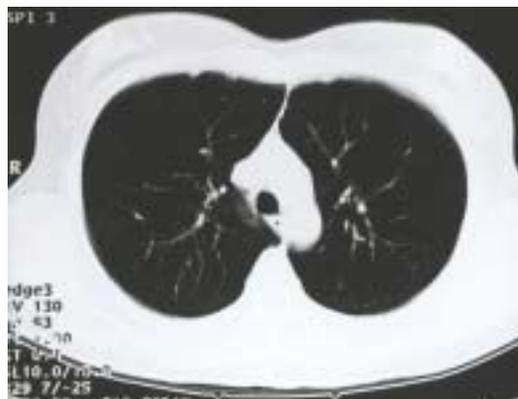


Figura 2. Tomografía axial computarizada de tórax sin evidencias de enfermedad bulosa o parenquimatosa pulmonar.

Presenta a los cuatro meses del egreso hospitalario, cuadro recurrente de dificultad respiratoria asociada a taquicardia y dolor torácico difuso, por lo que consulta a institución de referencia donde se practica radiografía de tórax que muestra imagen compatible con neumotórax derecho menor del 15 %, por lo cual se realiza toracoscopia en la que se encuentran múltiples lesiones parduscas sobre el domo del diafragma derecho y región inferior del borde anterior de la pleura de 1 a 2 mm de diámetro, sin adherencias locales, ni evidencia de enfermedad bulosa, compatibles en la biopsia con epitelio y estroma endometrial. Se hace diagnóstico de neumotórax espontáneo catamenial recurrente.

La paciente presenta recuperación posoperatoria completa, tras lo cual inicia tratamiento con danazol observándose adecuada evolución clínica hasta el momento del reporte.

DISCUSIÓN

En 1953, Barnes (1) reporta el primer caso de síndrome torácico endometrial en una paciente con hemotórax agudo. Posteriormente, Maurer y col., citados por Soderberg y Dahlquist (2) comunican en 1958 la asociación entre neumotórax espontáneo recurrente y menstruación, tras encontrar en una toracotomía, múltiples lesiones parduscas sobre la superficie diafragmática de una mujer con antecedente de endometriosis pélvica. Postulan, como posible origen, el ingreso de aire a la cavidad abdominal y pleural a través del útero, trompas y defectos diafragmáticos (1,2).

Además de las lesiones pleuropulmonares, se han identificado implantes en piel, tracto urinario, y sistema gastrointestinal (3). El pico de incidencia se encuentra entre los 30 y 34 años, 5 años menos que el promedio para la realización de procedimientos quirúrgicos y diagnósticos invasivos en este grupo de pacientes (3). Se ha reportado una correlación significativa entre la presencia de neumotórax espontáneo y hemotórax en pacientes con síndrome torácico endometrial. Algunos autores mencionan como fuente primaria de las lesiones a la endometriosis pélvica, que suele encontrarse asociada en un 20 % a 70 % de los casos (3,4).

El proceso fisiopatológico por el cual el tejido endometrial llega a la cavidad torácica permanece desconocido y actualmente es controversial. Las dos rutas propuestas son, los defectos diafragmáticos, más comunes del lado derecho y la micro embolización por las venas pélvicas (3); otros autores mencionan la posibilidad de desarrollar neumoperitoneo y hemoperitoneo secundario al compromiso endometrial de la cavidad abdominal, lo que predispone para la presentación de lesiones en el tórax (2).

Explicaciones recientes atribuyen un papel relevante a la posible ruptura alveolar secundaria a broncoespasmo mediado por niveles elevados de prostaglandina F₂ α y la susceptibilidad del parénquima pulmonar frente a los cambios hormonales (2,3).

Hallazgos clínicos clásicos de este tipo de lesiones son: las frecuentes recurrencias, el compromiso del hemitórax derecho (90-95 %) y la relación causal con el período menstrual. Esta tríada, propuesta en 1972 por Lillington y col. (5) tras observar el comportamiento de varios pacientes y su presentación en más del 90 % de los casos permanece vigente hoy en día (4-8).

Los signos, síntomas y hallazgos patológicos sugestivos de endometriosis a nivel torácico suelen identificarse en el 22 % a 37 % de los casos, asociados con cierta frecuencia (19-33%) a fenestraciones y adherencias pleurales (7,9). En nuestro caso se encontraron lesiones compatibles con tejidos endometrial sobre el domo diafragmático derecho.

El tratamiento a largo plazo implica la consideración de varias alternativas: primero, cada neumotórax puede ser manejado sintomáticamente con analgesia y colocación de tubo cerrado de toracostomía. Segundo, la administración de anticonceptivos orales parece ser una alternativa útil y ampliamente difundida, a pesar de encontrarse

en la literatura dos reportes de pacientes con recurrencias que estaban siendo manejadas con este tipo de terapia (10). Tercero, histerectomía más ooforectomía bilateral, con el fin de inducir menopausia y controlar la severidad de las recurrencias. Cuarto, empleo de andrógenos débiles como danazol o de medicamentos anti prostaglandinas y, por último, intervenciones quirúrgicas radicales como toracotomía más abrasión pleural, pleurectomía o pleurodesis química recomendadas por algunas series debido al 50 % de recurrencias en pacientes expuestos a manejo médico (3,10-12). Cabe mencionar que la administración de danazol en nuestro paciente resolvió la sintomatología y evitó las recurrencias hasta el reporte.

REFERENCIAS

1. Barnes J. Endometriosis of the pleura and ovaries. *J Obstet Gynecol (Br)* 1953;60:823-824.
2. Soderberg CH, Dahlquist EH. Catamenial pneumothorax. *Surgery* 1976;79(2):236-239.
3. Joseph J, Sahn SA. Thoracic endometriosis syndrome: New observations from an analysis of 110 cases. *Am J Med* 1996;100:164-170.
4. VanSchil PE, Vercauteren SR, Vermiere PA, Nackaerts YH, Van Marck EA. Catamenial pneumothorax caused by thoracic endometriosis. *Ann Thorac Surg* 1996;62:585-586.
5. Lillington GA, Mitchell SP, Wood GA. Catamenial pneumothorax. *JAMA* 1972;219:1328-1332.
6. Slasky BS, Siewers RD, Lecky JW, Zajko A, Burkholder JA. Catamenial pneumothorax: The roles of diaphragmatic defects and endometriosis. *AJR* 1982;138:639-643.
7. Cowl CT, Dunn WF, Deschamps C. Diaphragmatic fenestration identified in a patient with recurrent catamenial pneumothorax. *Chest* 1998;114(Suppl 4):413.
8. Blanco S, Hernando F, Gomez A, Gonzalez MJ, Torres AJ, Balibrea JL. Catamenial pneumothorax caused by diaphragmatic endometriosis. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1998;116(1):179-180.
9. Rossi NP, Goplerud CP. Recurrent catamenial pneumothorax. *Arch Surg* 1974;109:173-176.
10. Carter JE, Etnsonhn DB. Catamenial pneumothorax. *Chest* 1990;98(3):713-716.
11. Sahn SA, Heffner JE. Spontaneous pneumothorax. *N Engl J Med* 2000;342(12):868-874.
12. Eckford SD, Westgate J. A cure for pneumothorax during menstruation. *Lancet* 1996;347:734.

Correspondencia a: Dra. Alexandra Casasbuenas
Dirección: Calle 119 a # 43-83 apto 306. Bogotá - Colombia. Dirección electrónica: alexacasbuenas@yahoo.com

Viene de página 214

Pruebas de laboratorio para la vigilancia del sarampión/rubéola

La confirmación del laboratorio es crucial para el diagnóstico del sarampión o la rubéola. Se debe tomar una muestra de sangre a cada paciente en el que se sospecha la infección por sarampión/rubéola en el primer contacto que establezca con el sistema de salud. La prueba preferida para el anticuerpo de IgM es la inmunoválora enzimática (EIA por la sigla en inglés).

En un paciente que reúna los criterios de la definición de caso presunto de rubéola o sarampión se necesita:

- una muestra de sangre y 2 ml de suero para que se envíen *inmediatamente* al laboratorio de referencia nacional para las pruebas;
- la ficha de *investigación de caso de sarampión/rubéola* llenada adecuadamente y enviado junto con la muestra (véase el formulario adjunto).

Con objeto de interpretar los resultados de laboratorio y asignar la clasificación definitiva al caso, véase el *diagrama de flujo* de sarampión/rubéola. Cuando no se haya obtenido la muestra correspondiente y no exista un vínculo epidemiológico con un caso confirmado mediante pruebas de laboratorio, el caso se clasificará como un caso de sarampión o rubéola confirmado clínicamente basándose en los síntomas clínicos y los datos epidemiológicos.

Presunta infección por rubéola durante el embarazo

Un componente importante del sistema de vigilancia del sarampión/rubéola es la detección de la infección por rubéola en una embarazada. Cuando un trabajador de salud presume que una embarazada está infectada por rubéola, debe seguir este procedimiento:

1. Tomar una muestra de sangre en cuanto presuma que la mujer está infectada por rubéola.
2. Después de tomar la muestra, explicar el diagnóstico clínico presunto a la paciente y pedirle que regrese para ver los resultados de la prueba de sangre y continuar la evaluación.
3. Si el resultado de la primera muestra fuera positivo para los anticuerpos de IgM contra el

sarampión o la rubéola, no se necesita ninguna otra prueba y la paciente deberá recibir la orientación debida.

4. Si la primera muestra es negativa para los anticuerpos de IgM contra la rubéola, habrá que tomar una segunda muestra (*por lo menos dos semanas después de la primera*) y someterla a pruebas para descartar la infección aguda de rubéola.
5. Si la segunda muestra es positiva para una infección reciente por sarampión o rubéola, la paciente deberá recibir la orientación debida.
6. En todos los casos de infección de rubéola durante el embarazo confirmados mediante pruebas de laboratorio, se ingresará el nombre de la paciente y cualquier otra información pertinente en un registro de rubéola durante el embarazo y se procurará proporcionar a la paciente la orientación debida y el seguimiento médico que necesite.

DIAGRAMA DE FLUJO PARA LA INVESTIGACIÓN DE CASOS DE RUBÉOLA

1. EL TRABAJADOR DE SALUD SOSPECHA DE SARAMPIÓN O RUBÉOLA
2. SE OBTIENE LA MUESTRA DE SANGRE APROPIADA (2 mL de suero)
3. SE LLENA EL FORMULARIO DE INVESTIGACIÓN DE CASO
4. CONTINÚA LA INVESTIGACIÓN DEL CASO (búsqueda activa, visita domiciliaria, etc.)
5. SE APLICAN LAS MEDIDAS DE RESPUESTAS, DE SER NECESARIO
6. SE NOTIFICA EL CASO SOSPECHO AL PROGRAMA NACIONAL
coordina la investigación
coordina el envío de la muestra al laboratorio nacional
7. SE INGRESAN LOS DATOS EN MESS
8. SE OBTIENEN LOS RESULTADOS DE LABORATORIO
9. DIVULGACIÓN INMEDIATA DE LOS RESULTADOS A EPIDEMIOLOGIA, AL SERVICIO DE SALUD Y AL MÉDICO
10. SE DA CLASIFICACIÓN FINAL DEL CASO
11. SE ACTUALIZA COMPLETAMENTE EL FORMULARIO DE INVESTIGACIÓN DE CASOS
12. SE ACTUALIZAN LOS DATOS EN MESS
13. SI SE TRATA DE UNA PACIENTE EMBARAZADA Y EL LABORATORIO CONFIRMA LA INFECCIÓN POR RUBÉOLA, REMITIRSE AL REGISTRO DE RUBÉOLA DURANTE EL EMBARAZO