

# Hemotórax espontáneo por carcinoma broncogénico

P. Ausín<sup>a</sup>, A. Gómez-Caro<sup>b</sup>, R. Pérez Rojo<sup>a</sup>, F.J. Moradiellos<sup>b</sup>, V. Díaz-Hellín<sup>b</sup> y J.L. Martín de Nicolás<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Neumología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

<sup>b</sup>Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

**El hemotórax espontáneo como forma de presentación de una enfermedad maligna es extremadamente raro. Describimos el caso de un varón de 26 años con un hemotórax espontáneo secundario a un carcinoma broncogénico de células grandes con metástasis hepáticas y óseas que falleció en la quinta semana de ingreso.**

**Palabras clave:** Hemotórax. Carcinoma broncogénico. Derrame pleural. Metástasis.

## Spontaneous Hemothorax Caused by Lung Cancer

**Spontaneous hemothorax is an extremely rare complication of malignant disease. We describe the case of a 26-year-old man with spontaneous hemothorax secondary to large-cell carcinoma of the lung, with liver and bone metastases. The patient died in the fifth week after hospitalization.**

**Key words:** Hemothorax. Lung cancer. Pleural effusion. Metastases.

### Introducción

El hemotórax como forma de presentación de una enfermedad maligna es extremadamente raro. La presentación de carcinoma broncogénico como hemotórax espontáneo está recogida en la bibliografía de forma excepcional<sup>1</sup>. Presentamos el caso de un varón de 26 años con un hemotórax espontáneo como primera manifestación de un carcinoma broncogénico diseminado.

### Observación clínica

Varón de 26 años de raza negra, sin hábitos tóxicos ni antecedentes patológicos de interés, que acudió a urgencias por disnea progresiva de una semana de evolución y expectoración hemoptoica en las últimas 48 h, acompañadas de malestar general, distermia, dolor centrotorácico, dolor en pelvis derecha y columna lumbar.

Los valores hematológicos fueron: hemoglobina de 9 g/dl, hematocrito del 27% y leucocitosis de 13.500 células/l con neutrofilia. En la bioquímica general se observaban patrón de colestasis e hipoalbuminemia. La gasometría mostraba insuficiencia respiratoria (pH: 7,45; presión arterial de anhídrido carbónico: 37 mmHg; presión arterial de oxígeno: 54 mmHg; HCO<sub>3</sub>: 27 mmol/l. En el estudio de coagulación se objetivó una actividad de protrombina del 50%, actividad de trombo-plastina tisular de 17 s y fibrinógeno de 300 mg/dl.

En la radiografía de tórax (fig. 1A) se observaban un derrame pleural derecho que ocupaba un tercio del hemitórax y patrón intersticial bilateral, más evidente en los lóbulos superior derecho y medio.

Se realizó toracocentesis diagnóstica con la que se obtuvo un líquido de aspecto hemático con los siguientes valores bioquímicos: hematíes, 2,32 · 10<sup>6</sup> células/l; hematocrito del 19%; 5.100 leucocitos/l (neutrófilos: 80%; monocitos: 20%); glucosa, 87 mg/dl; lactatodeshidrogenasa, 121 UI/l, y pH de 7,01.

Posteriormente se colocó un drenaje endotorácico (32 F) en el quinto espacio intercostal, línea medioaxilar, con salida de 3.100 ml en las siguientes 12 h; se observó una mejoría tanto clínica como gasométrica del paciente. La producción de líquido pleural en días sucesivos fue menor de 200 ml/día. El drenaje endotorácico se retiró a los 5 días de su colocación con control radiológico satisfactorio.

La citología del líquido pleural fue negativa para células malignas. Los marcadores tumorales 72.4, 15.3, 19.9 y antígeno carcinoembrionario fueron negativos. La baciloscopia y el cultivo de esputo en medio Löwenstein fueron negativos, al igual que las serologías de los virus de la inmunodeficiencia humana, de la hepatitis B y C, de Epstein-Barr y citomegalovirus.

En la tomografía axial computarizada toracoabdominal (fig. 1B) se apreciaban infiltrados pulmonares parenquimatosos, más evidentes en el lóbulo medio, que se extendían hasta la pleura. En el abdomen, el hígado tenía múltiples lesiones ocupantes de espacio (fig. 2A) y en la estructura ósea se observaban lesiones líticas indicativas de metástasis en columna dorsolumbar, esqueleto pélvico, ramas isquiopúbicas y acetábulo (fig. 2B).

Posteriormente se realizó fibrobroncoscopia con toma de biopsia transbronquial a través del bronquio del segmento lateral del lóbulo medio y el resultado anatomopatológico fue de carcinoma de células grandes primario de pulmón, con inmunohistoquímica indicativa (panqueratinas AE1-AE3, citoqueratina 7 y antígeno epitelial de membrana positivos).

El resultado de la tomografía axial computarizada-punción con aguja fina de las lesiones hepáticas y de la médula ósea fue indicativo de metástasis por carcinoma de células grandes de origen pulmonar.

Se estadió al paciente en estadio cIV, se desestimó el tratamiento quimioterápico y falleció a las 5 semanas del ingreso.

Correspondencia: Dra. P. Ausín.  
Servicio de Neumología. Hospital Universitario 12 de Octubre.  
Ctra. de Andalucía, km 5.400. Madrid. España.  
Correo electrónico: ausinpilar@yahoo.es

Recibido: 24-8-2004; aceptado para su publicación: 5-10-2004.



Fig. 1. Radiografía posteroanterior de tórax (A) donde se observa un derrame pleural, y tomografía axial computarizada de tórax (B) donde se objetiva una masa parahiliar derecha con infiltrado parenquimatoso y derrame pleural.

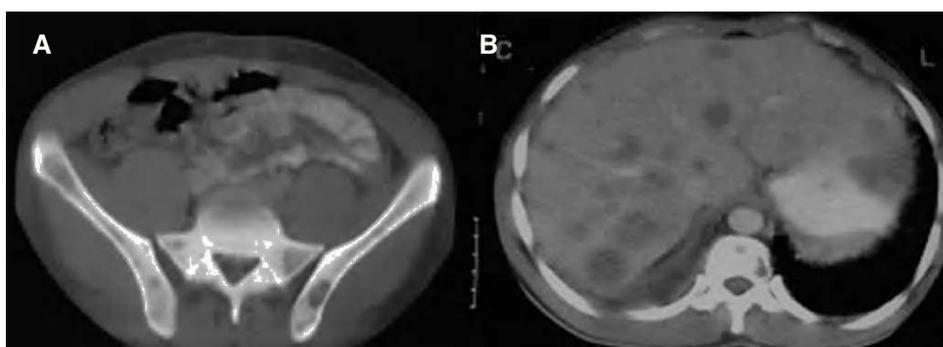


Fig. 2. Tomografía axial computarizada de abdomen (A), donde se objetivan múltiples metástasis hepáticas bilaterales, y pélvica (B), donde se aprecian metástasis óseas líticas en pelvis y cuerpo vertebral.

## Discusión

El hemotórax espontáneo es una entidad rara y escasamente relacionada con la malignidad<sup>1</sup>. La causa más frecuente de neumohemotórax espontáneo es la rotura de adherencias pleurales en un neumotórax espontáneo. Sin embargo, las causas de hemotórax sin neumotórax asociado son aún más raras, y las coagulopatías son iatrogénicas por fallos en la dosificación de anticoagulantes terapéuticos<sup>2</sup>. Las causas vasculares son también raras, como la disección aórtica o las fístulas arteriovenosas pulmonares<sup>3</sup>.

La aparición de hemotórax espontáneo raramente se asocia a enfermedad maligna<sup>2</sup> (en menor proporción que a neumotórax espontáneo). Las metástasis pleurales de tumores ginecológicos, coriocarcinomas y sarcomas son la causa más frecuentemente descrita<sup>4</sup>. La aparición de esta entidad en casos de cáncer de pulmón es excepcional, de modo que sólo hay uno recogido en la bibliografía<sup>1</sup>. Otros tumores de origen pulmonar han sido causa excepcional, como el blastoma o los angiosarcomas pulmonares<sup>5</sup>. Los tumores mediastínicos o pleurales son una causa rara de hemotórax, al igual que las malformaciones adenoides quísticas, que pueden tratarse con cirugía videoasistida<sup>6-8</sup>.

Los mecanismos propuestos para la producción de hemotórax son la compresión o necrosis de la pleura y tejido pulmonar o la propia invasión de vasos pulmonares<sup>1</sup>. La aparición de hemotórax asociado a infecciones es excepcional, aunque se han publicado casos en relación con sepsis, infecciones por hongos y varicela. Otra causa, quizá más frecuente, son las exostosis costales<sup>2</sup>.

Cuando no se encuentra la causa del hemotórax, se habla de hemotórax espontáneo idiopático<sup>9,10</sup>. El tratamiento quirúrgico oncológico no se contraindica por la aparición de hemotórax en los casos publicados.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Chou SH, Cheng YJ, Kao EL, Chai CY. Spontaneous haemothorax: an unusual presentation of primary lung cancer. *Thorax*. 1993; 48:1185-6.
2. Martínez FJ, Villanueva AG, Pickering R, Becker FS, Smith DR. Spontaneous hemothorax. Report of 6 cases and review of the literature. *Medicine (Baltimore)*. 1993;71:354-68.
3. Pick A, Deschamps C, Stanson AW. Pulmonary arteriovenous fistula: presentation, diagnosis, and treatment. *World J Surg*. 1999; 23:1118-22.
4. Sudduth CD, Strange C, Campbell BA, Sahn SA. Metastatic choriocarcinoma of the lung presenting as haemothorax. *Chest*. 1991;2:527-8.
5. Liu SF, Wu CC, Lai YF, Hsieh MJ. Massive hemoptysis and hemothorax caused by pleuropulmonary angiosarcoma. *Am J Emerg Med*. 2002;20:374-5.
6. Templeton PA, Vainright JR, Rodríguez A, Diaconis JN. Mediastinal tumors presenting as spontaneous haemothorax, simulating aortic dissection. *Chest*. 1988;93:828-30.
7. Cifrián Martínez JM, Agüero Balbín R, García Pérez MM. Hemotórax espontáneo masivo como manifestación inicial de mesotelioma pleural maligno. *Arch Bronconeumol*. 1994;30:70.
8. Congregado M, Loscertales J, Girón-Arjona JC, Jiménez-Merchán R, Arroyo-Tristán A, González Campora R. Cirugía videotoracoscópica videoasistida en 3 casos de malformación adenoides quística en adulto. *Arch Bronconeumol*. 2004;40:236-9.
9. García Barajas S, Díaz-Hellín Gude V, Marrón Fernández MC. Hemotórax espontáneo idiopático. *Arch Bronconeumol*. 1997; 33: 85-6.
10. García Talavera I, Pérez Negrín L, Casanova Macario C. Hemotórax espontáneo idiopático. *Arch Bronconeumol*. 2000;36:73-4.