

## CARTAS AL DIRECTOR

### Hemotórax como complicación de una biopsia hepática transyugular

**Sr. Director:** Desearíamos dejar constancia de lo que creemos que es una complicación yatrogénica de la biopsia hepática transyugular. Un varón de 45 años estudiado en el servicio de hepatología de nuestro centro por una hepatitis crónica en fase de cirrosis en estadio IV, por virus de la hepatitis B e hipertensión portal, con varices esofágicas de grado III, se somete a un estudio hemodinámico portal y biopsia hepática transyugular. Entre los exámenes complementarios destacamos un tiempo de Quick del 88,5% y un número de plaquetas de 127.000/ l. No se detectaron complicaciones inmediatas. A los 4 días, el paciente consulta en urgencias por fiebre de 39 °C, aportando una radiografía posteroanterior de tórax en la que se objetiva un derrame pleural derecho (fig. 1). Tras toracocentesis se confirma la existencia de un hemotórax, por lo que se procede a la implantación de un tubo de drenaje torácico, obteniéndose finalmente 1,5 l de líquido hemático. En la ecografía abdominal realizada en el servicio de urgencias, salvo alteraciones parenquimatosas hepáticas, sólo destacaba una "pequeña cantidad de líquido libre en Douglas".

El acceso al sistema venoso hepático mediante canalización de la vena yugular interna fue descrito en 1967 y en la actualidad constituye un método con utilidades diagnósticas y terapéuticas<sup>1</sup>. La descompresión del sistema portal mediante un *shunt* portosistémico intrahepático transyugular es uno de los procedimientos habituales en el algoritmo terapéutico de la hipertensión portal, mientras que la biopsia hepática transyugular se impone como

método alternativo a la biopsia hepática percutánea cuando ésta no es posible, debido a alteraciones de la coagulación, ascitis masiva u obesidad mórbida. La mayoría de los estudios realizados consideran este procedimiento diagnóstico como efectivo, obteniendo muestras suficientes en tamaño para su análisis anatomopatológico, y seguro. En las distintas series, la tasa de complicaciones y su distribución por gravedad varían. Donaldson<sup>2</sup> refiere menos de un 20%, en su mayoría de índole menor, Trejo<sup>3</sup> aporta un 0,8% de complicaciones mayores, con resultado de muerte en un 0,1%. Por su parte Little<sup>1</sup> muestra como única complicación (2%) la perforación de la cápsula hepática, y Gamble<sup>4</sup> afirma que en un 98,6% de los pacientes no surgieron complicaciones o éstas fueron menores (fiebre en un 7,6%). Finalmente, Kardache<sup>5</sup> refiere que ninguno de los 29 pacientes que componían su serie, a los que se realizó la técnica con aguja de biopsia automática, presentó problemas en su evolución. Las complicaciones incluyen dolor cervical<sup>3,4</sup>, hematoma pospunción<sup>3,4,6</sup>, fiebre y escalofríos<sup>4,6</sup>, punción carotídea<sup>4</sup>, dolor abdominal, taquicardia paroxística supraventricular<sup>3,4</sup>, perforación de la cápsula renal<sup>3,4,6</sup>, parestesias y parálisis braquial<sup>3,4</sup>, hemoperitoneo por rotura traumática de la cápsula de Glisson<sup>1,3,4,6</sup> y neumotórax. Lo cierto es que no hemos encontrado el hemotórax entre la lista de las series consultadas.

La primera cuestión que plantea el caso es su origen yatrogénico. Con un débito lento y de escasa cuantía, la disnea puede no aparecer y el paciente tolerar perfectamente la situación, mientras que la fiebre, además de estar documentada como complicación de la técnica, podría simplemente deberse a la reabsorción de coágulos e irritación pleural. La localización del sangrado constituye el segundo problema a resolver. En este paciente se alcanzó la vena hepática derecha, por vía

yugular interna, a través de la vena cava superior, la aurícula derecha y la vena cava inferior, y no hubo hemoperitoneo, por lo que parece probable que la lesión se produjera en el trayecto vascular hasta el hígado más que a través de la cápsula hepática.

**J.L. Bravo Bravo, H. Hernández Rodríguez y N. Mañes Bonet**  
Servicio de Cirugía Torácica.  
Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

1. Little AF, Zajko AB, Orons PD. Transjugular Liver Biopsy: A prospective study in 43 patients with the quick-core biopsy needle. *J Vasc Interv Radiol* 1996; 7: 127-131.
2. Donaldson BW, Gopinath R, Wanless IR, Phillips MJ, Cameron R, Roberts EA et al. The role of transjugular liver biopsy in fulminant liver failure: relation to other prognostic indicators. *Hepatology* 1993; 18: 1370-1376.
3. Trejo R, Álvarez W, García Pagan JC, Feu F, Escorsell A, Brugera M, Bosch J et al. Aplicabilidad y rentabilidad diagnóstica de la biopsia hepática transyugular. *Med Clin* 1996; 107: 521-523.
4. Gamble P, Colapinto RF, Stronell RD, Colman JC, Bledis L. Transjugular liver biopsy: a review of 461 biopsies. *Radiology* 1985; 157: 589-593.
5. Kardache M, Soyer P, Boudiaf M, Cochand-Priollet B, Pelage JP, Rimer R. Transjugular liver biopsy with an automated device. *Radiology* 1997; 204: 369-372.
6. Lebec D, Degott C, Rueff B, Benhamou JP. Transvenous (transjugular) liver biopsy. An experience based on 100 biopsies. *Am J Dig Dis* 1978; 23: 302-304.



**Fig. 1.** Radiografía posteroanterior de tórax. Derrame pleural derecho.

### Derrame pleural como forma de presentación de una osteomielitis vertebral de origen bacteriano

**Sr. Director:** Diversos procesos, como los abscesos hepáticos, la pancreatitis y las enfermedades esplénicas, pueden ser causa de un derrame pleural. Otros trastornos, como la osteomielitis vertebral (OV) piógena, excepcionalmente descrita<sup>1,6</sup>, también puede serlo. Presentamos el caso de un derrame pleural estéril secundario a una osteomielitis vertebral bacteriana.

Paciente varón de 47 años de edad, con antecedentes de pirosis ocasional y lumbalgias frecuentes, fumador de 40 paquetes-año, sin otros hábitos tóxicos, administrativo de profesión, ingresó en nuestro servicio por un dolor en la región dorsolumbar y costal izquierda, irradiado a la zona escapular, tanto diurno como nocturno, que aumentaba con la movilización y la respiración, de 15 días de evolución. Un mes antes, el paciente había sido valorado en el servicio de urgencias por un dolor dorsal de características mecánicas, siendo la radiografía de columna dorsal normal; se inició tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos. El paciente ingresó por empeoramiento de los síntomas y refiriendo, además, haber padecido febrícula vespertina de forma ocasional.