

# LA PLEURODESIS CON TALCO EN LOS DERRAMES PLEURALES MASIVOS Y RECIDIVANTES DE LAS CIRROSIS HEPATICAS

A. Cantó, A. González, J. Moya, A. Arnau, J. Saumench, R. Morera, R. Pujol, G. Ferrer y S. Carrizo

Servicio de Cirugía Torácica. Hospital de Bellvitge  
Prínceps d'Espanya. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Los derrames pleurales masivos (DPM), recidivantes e inveterados que acompañan a la cirrosis hepática, representan el 12,3 % (27/218) de los derrames pleurales benignos y constituyen un problema terapéutico importante, ya que requieren numerosas toracocentesis evacuadoras.

En nuestra serie hemos revisado 27 casos de los cuales el 74 % (20/27) cursaban con ascitis y el 26 % (7/27) sin ella. Es interesante soslayar que al 25 % de los DPM asociados a ascitis, se les practicó una laparocentesis evacuadora previa, mientras que el 75 % restante fueron compensados con tratamiento médico previamente a la pleurodesis. La pleurodesis con talco resultó ser efectiva en un 48 % (13/27), con una mortalidad nula.

Talc pleurodesis in massive relapsing pleural effusion in hepatic cirrhosis

Massive relapsing and persistent pleural effusions (MPE) associated with hepatic cirrhosis represent 12,3 % (27/218) of benign pleural effusions and constitute an important therapeutic problem, as they require frequent thoracocentesis for their removal.

In the present series we reviewed 27 cases, 74 % of which (20/27) were associated with ascites and 26 % (7/27) were not. Interestingly, a previous laparocentesis was carried out for removal of fluid in 25 % of MPEs associated with ascites, whereas the remaining 75 % were compensated with medical therapy before pleurodesis was effective in 48 % (13/27), with no mortality.

*Arch Bronconeumol* 1989, 25:256-258

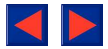
## Introducción

La asociación de hidrotórax y cirrosis hepática fue estudiada por diversos autores<sup>1-4</sup>, presentando una frecuencia entre el 0,4 % en la mayoría de los trabajos, aunque Johnston<sup>5</sup> refiere un 6 % en su serie de 200 casos y Rallo<sup>6</sup> llega hasta un 15 %.

La localización es predominantemente derecha con un 67 %, presentándose en hemitórax izquierdo y en disposición bilateral en un 16 % cada uno<sup>2,5</sup> en base a los distintos mecanismos con los que se asocia la pleuresía a la cirrosis. Así, por la disminución oncótica del plasma<sup>7</sup> se puede producir pleuresía sin presencia de ascitis; o por el paso de líquido ascítico a la cavidad pleural por vía linfática<sup>5</sup> por poros diafragmáticos<sup>8</sup>, hipertensión de la vena ázigos<sup>8</sup> o sin<sup>9</sup> ascitis.

La pleuresía suele ser, según su mecanismo de producción, recidivante y el derrame pleural junto con la ascitis, incidirá negativamente sobre la mecánica ventilatoria dando lugar a cuadros de insuficiencia respiratoria, por compresión pulmonar y elevación de ambos hemidiafragmas. Las recidivas y la sintomatología respiratoria obligan a buscar soluciones que mejoren la calidad de vida de dichos pacientes. En el presente trabajo exponemos nuestros resultados en los que provocamos una sínfisis pleural por medio de talco. De este modo eliminamos el problema torácico producido por el derrame pleural y evitamos las continuas toracocentesis evacuadoras. Hemos encontrado pocos trabajos en relación con la pleurodesis en el hidrotórax recidivante de los pacientes cirróticos. Falchuk<sup>10</sup> reporta dos casos con tetraciclinas y Light<sup>11</sup> tres en los que con la sínfisis pleural consiguen que no recidive el derrame. En este trabajo presentamos nuestra experiencia de pleurodesis con talco en 27 cirróticos con hidrotórax.

Recibido el 7-12-1988 y aceptado el 5-6-1989.



## Material y métodos

Revisamos 820 torascopias, realizadas desde enero de 1970 hasta mayo de 1988. El 80 % (657/820) fueron realizadas en pacientes con derrames pleurales, de los cuales el 33 % (218/657) eran de etiología no carcinomatosa y de éstos el 12,3 % (27/218) se presentaban en pacientes con cirrosis hepática.

La edad media de los pacientes estudiados era de 56,8 años (mn 34 y mx 84), presentándose 17 casos del sexo masculino (62,9) y 10 del femenino (37,1 %). La edad media de los hombres era de 47,7 a. (mn 34 y mx 80) y de las mujeres de 67,2 a. (mn 44 y mx 84).

De los pacientes revisados, 24 venían ya diagnosticados de cirrosis hepática y los tres restantes se diagnosticaron mediante biopsia transdiafragmática dirigida<sup>12</sup>.

A todos los pacientes se les practicó una torascopia derecha, y toracocentesis evacuadora contralateral a los que presentaban derrame bilateral. La exploración se realizó en quirófano con neuroleptoanalgesia tipo III, a excepción de las biopsias hepáticas transdiafragmáticas en las que se utilizó anestesia general con intubación selectiva.

Se realizaron biopsias pleurales previas a todos los pacientes y pleurodesis con talco (5 g) según técnica habitual<sup>13</sup>. Tras dejar un tubo de drenaje con aspiración continua, se retiró éste a las 72 horas.

Todos los pacientes tenían una laparocentesis previa y se relataba el aspecto macroscópico del líquido ascítico si lo había.

## Resultados

En relación con la localización del derrame, encontramos que el 92,6 % (25/27) presentaron la pleuresía únicamente en el hemitórax derecho y el 7,4 % (2/27) bilateral, aunque con evidente predominio derecho.

El aspecto del líquido fue en el 92,6 % (25/27) de aspecto seroso y el 7,4 % (2/27) serohemático.

Dividimos los resultados de la pleurodesis según se tratara de pacientes con derrame pleural sin ascitis 26 % (7/27) o con ella 74 % (20/27). Entre las pleuresias asociadas a ascitis distinguimos el 25 % de casos a los que se les realizó laparocentesis evacuadora previamente a la exploración (5/20) y el 75 % restante (15/20) a los que solamente se les administró tratamiento médico para su ascitis, obteniendo los siguientes resultados (tabla I).

El 33 % (5/15) de los que presentaban hidrotórax más ascitis tratados médicamente, el 40 % (2/5) del mismo grupo que sufrieron laparocentesis y el 86 % (6/7) de los que tenían pleuresia sin ascitis, no presentaron recidiva de su derrame pleural, considerando eficaz la pleurodesis, con buena sínfisis pleural. Esto supone un 48 % (13/27) del total de los casos estudiados.

Los resultados anatomopatológicos de las biopsias pleurales fueron pleuritis inflamatoria en todos los casos.

El aspecto macroscópico de los líquidos ascíticos fue en todos los casos de seroso claro, incluso en los pacientes que presentaron derrames pleurales serohemáticos.

Como complicaciones hemos de destacar una mortalidad nula, en algunos casos febrícula de dos a tres días de duración, siendo el dolor por la instilación del talco la molestia mayor para el paciente, que evitamos con neuroleptoanalgesia.

TABLA I  
Resultados de la pleurodesis con talco en las cirrosis hepáticas que cursan con derrames pleurales

	Resultados
Pleuresía con ascitis	74 % (20/27)
Pleurodesis	33,3 % (5/15)
Pleurodesis más laparocentesis	40 % (2/5)
Pleuresía sin ascitis	26 % (7/27) 86 % (6/7)
Total	48 % (13/27)

## Discusión

La presencia de derrame pleural en pacientes con cirrosis hepática, como comentábamos en la introducción, supone una frecuencia de 0,4 al 20 %<sup>1-6</sup>. La mayor parte de los casos se acompañan de ascitis,<sup>1,2,5,8,11</sup> si bien existen pacientes en los que la pleuresía puede aparecer sin ella<sup>3,4,7-9</sup> como observamos en nuestra revisión, en un 26 % (7/27) de éstos, coincidiendo con los autores citados. La localización predominante es en hemitórax derecho<sup>1-6</sup> con un 67 %, y tanto el izquierdo como los bilaterales los encontramos en un 16 %, respectivamente. En nuestra serie observamos una variación con respecto a estas cifras ya que existe un 92,6 % de pleuresias derechas y un 7,4 % de bilaterales sin tener ningún hidrotórax exclusivamente izquierdo. Nos explicamos esta variación por la selectividad de los casos revisados, ya que escogimos para nuestro estudio pacientes con derrames pleurales masivos recidivantes y excluimos los hidrotórax que no plantearon problemas terapéuticos.

Encontramos derrames pleurales de aspecto serohemático en un 7,4 % de los casos, coincidiendo con otros autores<sup>2</sup>. El que en estos pacientes se detecte líquido ascítico de aspecto seroso claro, nos hace suponer que la coloración del líquido pleural hemático es consecuencia de traumatismos producidos por el propio líquido pleural o por la yatrogenia durante la exploración.

Pocos trabajos hemos encontrado en que se comenta la realización de pleurodesis<sup>15</sup> en la patología que nos ocupa y en éstos es utilizada la tetraciclina como agente sinfisante<sup>10,11,14</sup>. En nuestro trabajo utilizamos el talco y, aunque la serie tampoco es numerosa, la efectividad de la pleurodesis, cuando no existe ascitis, es similar con un 86 % de efectividad, a las obtenidas en los derrames pleurales recidivantes de origen maligno<sup>13</sup>. En los pacientes en que la pleuresía es acompañada de ascitis, los resultados no son tan buenos, explicándose dicha baja incidencia por el paso rápido del líquido ascítico a la pleura, como han demostrado otros autores<sup>16-19</sup>.

## Conclusiones

La pleurodesis es un método complementario al tratamiento médico en la pleuresía recidivante de los pacientes cirróticos para evitar las toracocentesis repetidas y mejorar su calidad de vida.



En los hidrotórax recidivantes que no están asociados a ascitis, la sínfisis pleural que se logra alcanza unos resultados similares a los conseguidos con los derrames pleurales de etiología maligna. Los pacientes con derrames pleurales y ascitis presentaron un mayor índice de recidiva del derrame. El aspecto serohemático del líquido pleural se debe a pequeños traumatismos pleurales secundarios al aumento del derrame, a la rotura de pequeñas adherencias interpleurales e incluso al despegamiento pleural brusco.

Para evitar la acumulación rápida de líquido procedente del abdomen y la consiguiente separación de las pleuras (interrumpiéndose la acción tópica del talco), realizamos laparocentesis evacuadora previa a la pleurodesis, encontrando una mejoría en los resultados de un 7 %, interpretando tan poca diferencia a los pocos casos estudiados con esta técnica y a una dudosa laparocentesis evacuadora total.

#### BIBLIOGRAFIA

1. McKay DG, Sparling HS, Robbins SL. Cirrhosis of the liver with massive hydrothorax. *Arch Intern Med* 1947; 79:501-509.
2. Lieberman FL, Hidemura R, Peters RL, Reynolds TB. Pathogenesis and treatment of hydrothorax complicating cirrhosis with ascites. *Ann Intern Med* 1966; 64:341-351.
3. Rubiés J, Bacardi R, Soler M, Collet JM, Roca A. Hidrotórax en la cirrosis hepática. *Med Clin* 1971; 57:85-92.
4. Molina A, Filgueira J, Hergueta G. Derrame pleural en la cirrosis hepática con ascitis. *Rev Clin Esp* 1982; 165:117-119.
5. Jonston RF, Loo RV. Hepatic hydrothorax. Studies to determine the source of the fluid and report of thirteen cases. *Ann Intern Med* 1964; 61:385-401.
6. Rallo F, Monferrer R, Orts E, Rallo R, Claramonte MP, Simón E. Cirrosis hepática y derrame pleural. *Rev Esp Enf Ap Digest* 1982; 62:299-301.
7. Case Records of the Massachusetts General Hospital (case 10-1963). *N Eng J Med* 1963; 268:320-325.
8. Lieberman FL, Peters RL. Cirrhotic hydrothorax. Further evidence that an acquired diaphragmatic defect is at fault. *Arch Intern Med* 1970; 125:114-117.
9. Hartz RS, Bomalaski J, Locicero J, Murphy RL. Pleural ascites without abdominal fluid: Surgical consideration. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1984; 87:141-143.
10. Falchuk KR, Jacoby I, Colucci WS, Rybak ME. Tetracycline-induced pleural synphysis for recurrent hydrothorax complicating cirrhosis. A new approach to treatment. *Gastroenterol* 1977; 72:319-321.
11. Light RW. Pleural diseases. Lea and Febiger. Philadelphia, 1983; 69-76.
12. Cantó A. The thoracoscopic lung biopsy and alternative techniques of combined lung-liver or lung-kidney biopsies. Original method. *Europ J Resp Dis* 1982; 125 (suppl):74.
13. Cantó A, Rivas J, Moya Amorós J et al. Derrames pleurales de etiología maligna. Utilización del talco mediante la toroscopia, como método eficaz de pleurodesis. *Med Clin* 1985; 84:806-808.
14. Rivas J, Moya Amorós J, Cantó A. Pleurodesis. Indicaciones, técnicas y resultados. *Arch Bronconeumol* 1984; 20:256-263.
15. Roche G, Delanoe Y, Moayer N. Talcage de la plevre sous pleuroscopie. Resultats, indications, technique. A propos de 14 observations. *J Fr Med Chir Thorac* 1963; 17:677-692.
16. Karsenti P, Fischer D, Paraf A, Pourriat JL. Evacuation complète d'une ascite cirrhotique par drainage pleural. *Nouv Presse Med* 1981; 10:2993-2996.
17. Wilcox NB, Joo KG. Demonstration of pleural-peritoneal communication with radionuclide imaging. *Clin Nucl Med* 1980; 5:255-257.
18. Shih WJ, Domstad PA, De Land FH, Pucell M. Simultaneous demonstration of pleural effusion and ascites by Technetium-99m sulfur colloid liver-spleen scintigraphy. *Clin Nucl Med* 1985; 10:637-638.
19. Verreault J, Lepage, Bisson G, Plante A. Ascites and right pleural effusion. Demonstration of a peritoneo-pleural communication. *J Nucl Med* 1986; 27:1706-1709.