

## NEUMOTORAX CATAMENIAL: A PROPOSITO DE UN CASO

A. RAMOS MARTOS, J.L. PEREZ ENCABO, P. BAÑOS HIDALGO  
y A. PALACIOS GINER

C.E. del Tórax Los Morales. Córdoba.

Los autores presentan un cuadro de neumotórax espontáneo de repetición en una mujer joven coincidiendo con los episodios menstruales. Se intervino quirúrgicamente encontrándose en parénquima pequeñas bullas de enfisema.

El análisis anatomopatológico de la muestra, evidenció la presencia de endometrio ectópico, lo que condujo al diagnóstico de neumotórax catamenial secundario a endometriosis pulmonar. Se instauró asimismo tratamiento con Danazol, no habiéndose registrado recidivas hasta la fecha.

### Catamenial pneumothorax: report of a case

A case of relapsing spontaneous pneumothorax coincident with menstruation in a young woman is reported. The patient was operated on, and at operation small emphysematous bullae were found within the lung.

Pathological examination of the removed specimen disclosed ectopic endometrium; therefore, a diagnosis of catamenial pneumothorax secondary to pulmonary endometriosis was made. Treatment with Danazol was also started, and no relapses have occurred since then.

*Arch Bronconeumol 1984; 20:176-178.*

### Introducción

El neumotórax catamenial es una entidad clínica de presentación extraordinariamente rara dentro de la patología torácica<sup>1</sup>.

Se caracteriza por la presentación en mujeres de episodios repetidos de neumotórax espontáneos, coincidiendo con el inicio de la fase menstrual. Fue descrito por primera vez por Maurer<sup>2</sup> en 1958, habiéndose comunicado desde entonces varias decenas de casos.

Recibido el 27-9-1983 y aceptado el 3-3-1984.

### Observación clínica

Mujer de 28 años de edad que ingresa de urgencia en nuestro centro en julio de 1982 por presentar un cuadro de dolor brusco en hemitórax derecho con sensación subjetiva de disnea. En la historia de urgencia, no aporta referencias sobre episodios anteriores similares.

En la exploración física sólo se observaron anomalías a nivel de tórax, disminución del murmullo vesicular en hemitórax derecho con roce pleural, hipersonoridad a percusión y disminución de vibraciones vocales.

La radiografía de tórax puso de manifiesto la existencia de un neumotórax derecho parcial que afectaba al 30 % aproximadamente del volumen del espacio pleural, con un nivel líquido en seno costodiafragmático del mismo lado y ligera desviación contralateral del mediastino (fig. 1).

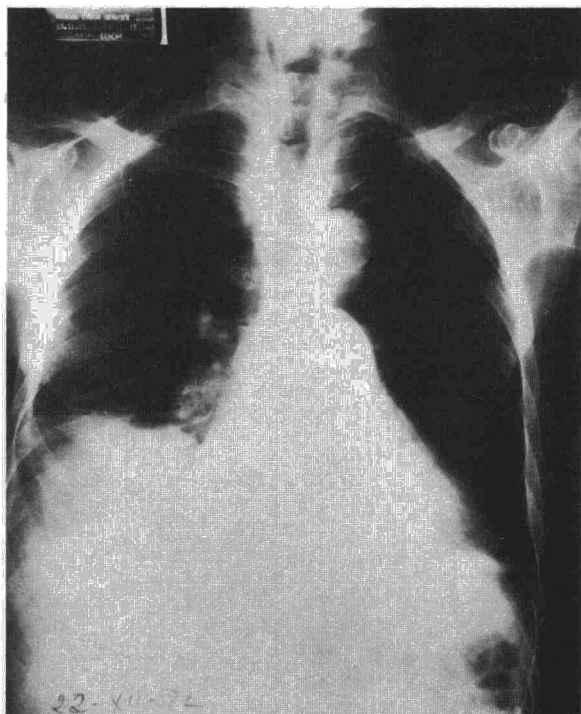


Fig. 1. Neumotórax derecho parcial correspondiente al primer episodio y que motivó el ingreso.

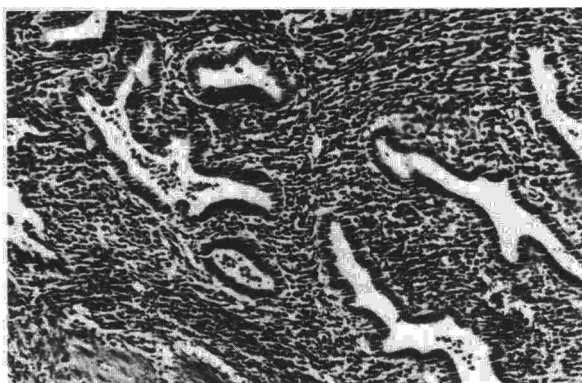


Fig. 2. Tejido endometrial; se observan luces de glándulas endometriales patognomónicas.

Se realizó pleurotomía con colocación de un drenaje continuo bajo agua lográndose la reexpansión pulmonar completa.

Posteriormente, una vez solucionado el problema urgente, durante la realización de la historia clínica detallada, la paciente refirió que desde hacía aproximadamente dos años, con intervalos variables y coincidiendo con el inicio de la menstruación, notaba ligero dolor en hemitórax derecho sin ninguna otra sintomatología.

Las pruebas analíticas estaban dentro de la normalidad, siendo dada de alta dos semanas después asintomática.

En septiembre del mismo año, ingresa de nuevo con otro cuadro similar aunque de menos intensidad y de nuevo coincidiendo con el inicio de la menstruación.

Se piensa entonces en la posibilidad de un neumotórax catamenial. Este segundo neumotórax curó con reposo y toracentesis previa, no siendo necesario efectuar pleurotomía. La paciente quedó en observación a la espera de la nueva fase menstrual.

En octubre y nuevamente coincidiendo con el inicio de la menstruación comienza con un cuadro de dolor brusco en he-

mitórax derecho, y disnea más intensa que en ocasiones anteriores. En la radiografía de tórax se observó la existencia de un neumotórax completo.

Ese mismo día se realiza toracotomía exploradora observándose dos pequeñas bullas, una de ellas valvular en lóbulo inferior, y una zona ligeramente retráctil con una pequeña bulla en lóbulo superior. Se efectuaron resecciones cuneiformes enviándose las muestras para examen anatómo-patológico.

El análisis anatómo-patológico de la muestra evidenció un estroma fibrolaxo con luces glandulares endometriales entre fibras musculares lisas y glándulas, algunas de ellas quísticas, tapizadas por epitelio cilíndrico alto pseudoestratificado. El diagnóstico fue de endometriosis pulmonar (fig. 2).

Desde el punto de vista ginecológico no se observó patología pelviana (fue explorada en la Cátedra de Ginecología de la Facultad de Medicina de Córdoba), instaurándose tratamiento con Danazol a la dosis de 600 mg/día durante seis meses. Hasta la fecha han transcurrido doce meses desde la realización de la toracotomía no habiéndose registrado recidivas.

## Discusión

Nuestro caso como se describe en la literatura, afectó a hemitórax derecho<sup>3</sup>, aunque se desconoce el porqué de esta predilección en cuanto a dicha localización —y que lo hace casi patognomónico—, se han descrito casos de presentación bilateral<sup>4</sup>. Existe asimismo un caso de presentación familiar en dos hermanas<sup>5</sup>.

Su mecanismo patogénico sigue siendo obscuro, existiendo varias teorías para explicarlo<sup>6-11</sup>. En general se acepta que la implantación de endometrio ectópico en parénquima pulmonar subpleural o diafragma es un hecho, pudiendo alcanzar el pulmón el endometrio ectópico por vía celómica o hemática<sup>12</sup>.

En nuestro caso creemos que el mecanismo patogénico sería la implantación en parénquima subpleural de endometrio ectópico que sometido a los cambios cíclicos hormonales, daría lugar a obstrucciones valvulares en pequeños bronquiolos con formación de bullas que al romperse daría lugar a los episodios de neumotórax espontáneo. Nosotros no hemos encontrado los defectos diafragmáticos encontrados por algunos autores<sup>7,10</sup>.

En cuanto al tratamiento algunos autores proponen la intervención quirúrgica ante episodios de repetición por suponer la existencia de defestraciones a nivel de diafragma que justificaría la reiteración de los episodios de neumotórax<sup>13</sup>.

Se ha propuesto la supresión de la ovulación con anovulatorios clásicos como medida terapéutica<sup>3,14</sup> antes de intentar maniobras quirúrgicas, pero se han descrito recidivas durante el tratamiento<sup>15</sup>.

En la actualidad aunque sin datos estadísticos se ha propuesto la utilización de la antigonadotrofina Danazol que se ha mostrado útil en el tratamiento de los episodios de hemoptisis por endometriosis endobronquial<sup>16</sup>.

En nuestro caso decidimos la intervención quirúrgica dada las opiniones tan controvertidas existentes. A pesar de ello y como se citó anteriormente, la paciente fue sometida a tratamiento con Danazol.



## BIBLIOGRAFIA

1. Un eccezionale evento in patologia toracica: il pneumotorace catameniale. Arch Osp Mare 1977/1978; 29:143-154.
2. Maurer ER, Schaal F, Mendez FR. Chronic recurring spontaneous pneumothorax due to endometriosis of the diaphragm. J Amer Med Ass 1958; 168:2013-2041.
3. Barrocas A. Catamenial pneumothorax: case report and a review of the literature. Am Surg 1979; 45:340-343.
4. Morota N. Catamenial pneumothorax: report of a case with simultaneous bilateral pneumothorax and a new proposal of its pathogenesis (Autor's trns). Nippon Kyobu Shikkan Gakkai Zasshi 1981; 19:382-388.
5. Hinson JM, Brigham KL, Daniell J. Catamenial pneumothorax in sisters. Chest 1981; 80:634-635.
6. Yamazaki S, Ogawa J, Koide S et al. Catamenial pneumothorax associated with endometriosis of the diaphragm. Chest 1980; 77:107-109.
7. Furman WR, Wang KP, Summer WR, Terry PB. Catamenial pneumothorax, evaluation by fiberoptic pleuroscopy. Am Rev Respir Dis 1980; 121:137-140.
8. Stern H, Toole AL, Merino M. Catamenial pneumothorax. Chest 1980; 78:480-482.
9. Shearin RP, Hepper NG, Payne WS. Recurrent spontaneous pneumothorax concurrent with menses. Mayo Clin Proc 1974; 49:98-101.
10. Slasky BS, Siewers RD, Lecky JW et al. Catamenial pneumothorax. The role of the diaphragmatic defects and endometriosis. Am J Roentgenol 1982; 138:639-643.
11. Laws HL, Fox LS, Younger JB. Bilateral catamenial pneumothorax. The role of the diaphragmatic defects and endometriosis. Am J Roentgenol 1982; 138:639-643.
12. Fishman. Tratado de Neumologia. Ed. Doyma-McGraw Hill 1983; 1303.
13. Matsuda Y, Imaizumi K, Nakano A et al. A case of catamenial pneumothorax with endometriosis of the right diaphragm. JPN J Thorac Dis 1979; 17:179-183.
14. Kowlaski ML, Szmidt M, Rozniecki J. Catamenial pneumothorax. Eur J Resp Dis 1980; 61: 174-176.
15. Wilhelm JL, Scommegna A. Catamenial pneumothorax. Bilateral occurrence while on suppressive therapy. Obstet Gynecol 1979; 55:227-231.
16. Rosenberg SM, Riddick DH. Successful treatment of catamenial hemoptysis with Danazol. Obstet Gynecol 1981; 57: 130-132.

**CURSO DE ENDOSCOPIA RESPIRATORIA  
(XXIII Curso Teórico-Práctico de Broncología).  
CURSO NACIONAL S.E.P.A.R.  
Barcelona, del 22 al 26 de octubre de 1984**

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau  
Servicio A. Respiratori: Dr. R. Cornudella  
Organizado por la Sección de Broncología  
(Dres.: J. Castella, M.C. Puzo) y la Unidad  
de Cirugía Torácica (Dres.: C. León, G. Estrada  
y G. Gómez)

El curso está orientado a los neumólogos con experiencia en endoscopia respiratoria que deseen perfeccionar su técnica y ampliar sus conociemien-

tos teóricos. El número de alumnos se limita a ocho, para asegurar una participación activa en las sesiones prácticas y en la discusión de los temas teóricos.

A la solicitud de inscripción debe adjuntarse un resumen de la experiencia personal en neumología y endoscopia respiratoria.

El precio de la matrícula es de 18.000 ptas. socios S.E.P.A.R. y 23.000 ptas. no socios.

Para la inscripción o mayor información dirigirse a: Dra. M.C. Puzo, Sección Broncología, Servicio A. Respiratorio, Hospital de la Sta. Creu i St. Pau, Av. Padre Claret, 167. Barcelona-25. Tels. 348-12-18 o 347 31 33 y 348 11 44 ext. 179.