

Hemoperitoneo secundario a seudoaneurisma arterial intrahepático como complicación de una toracocentesis

Sr. Editor: La toracocentesis es un procedimiento diagnóstico ampliamente utilizado en la práctica clínica. Son varias las complicaciones que se asocian con esta técnica, la más frecuente de las cuales es el neumotórax, cuya incidencia oscila entre el 3 y el 20%¹⁻³. Una excepcional pero grave complicación asociada a la toracocentesis es el hemoperitoneo, normalmente secundario a la punción accidental de una víscera abdominal (por lo general el hígado o el bazo) o a la perforación de una arteria diafragmática⁴. Recientemente se ha descrito la formación de un seudoaneurisma arterial intrahepático como complicación de una toracocentesis, pero en este caso no se observó hemorragia intraabdominal⁵.

Presentamos el caso de un hemoperitoneo secundario a dos seudoaneurismas arteriales intrahepáticos que se desarrollaron tras la práctica de una toracocentesis. En la revisión de la bibliografía, efectuada a través de MEDLINE 1970-2000, no hemos encontrado ninguna referencia al respecto.

Una mujer de 82 años ingresó en el hospital por fiebre y escalofríos de 48 h de evolución. En la radiografía de tórax se observaron una condensación en el lóbulo inferior derecho y derrame pleural homolateral. De la analítica cabe destacar: leucocitos, $18,2 \times 10^9/l$ (en el frotis de sangre periférica se observó un 19% de bandas y un 75% de neutrófilos); hematocrito, 0,38 l/l; plaquetas $225 \times 10^9/l$; proteínas 7,15 g/dl. Las pruebas de coagulación y de biología hepática fueron normales. La toracocentesis dio salida a 10 ml de líquido de aspecto hemático con 4.500 células nucleadas (un 57% de ellas correspondían a neutrófilos y un 43% a linfocitos), una glucosa de 189 mg/dl y proteínas de 7 g/dl. Se inició tratamiento con amoxicilina y ácido clavulánico y la paciente quedó afebril a las pocas horas. Al cuarto día de la toracocentesis presentó dolor abdominal, sudación profusa e hipotensión. En la analítica destacó un descenso del hematocrito de hasta 0,24 l/l. Se practicó una ecografía abdominal, que objetivó la presencia de un hematoma hepático subcapsular, junto con líquido libre intraabdominal compatible con hemoperitoneo. Se transfundieron dos concentrados de hemáticas y se realizó una arteriografía por vía femoral derecha que evidenció dos seudoaneurismas arteriales intrahepáticos (fig. 1). Se llevó a cabo la cateterización supraselectiva de la rama hepática de la cual dependían los dos seudoaneurismas (catheter SP Terumo, Europa N.V.), así como la embolización de la misma con partículas de alcohol polivinilo (Contour 150-250 micrones, Boston Scientific) con el cese de la extravasación de sangre y posterior estabilización hemodinámica de la paciente.

El porcentaje de complicaciones potencialmente graves asociadas a la práctica de toracocentesis oscila entre un 14 y un 19%, y la

Fig. 1. Arteriografía del tronco celíaco donde se objetiva la tinción de los dos seudoaneurismas en el segmento 7 del lóbulo hepático.

más frecuente de ellas es el neumotórax¹⁻³. El resto, entre las que cabe citar la rotura esplénica, la hemorragia abdominal e intratorácica, el edema pulmonar unilateral, la embolia gasosa, la pérdida del catéter en el espacio pleural, la implantación tumoral en el lugar de punción e incluso la muerte del paciente, ocurre en menos del 1% de los casos⁶. El hemoperitoneo es una complicación excepcional de la toracocentesis y es secundario a la punción accidental de una víscera abdominal (normalmente el hígado o el bazo) o a la perforación de una arteria diafragmática⁴. Recientemente se ha descrito el caso de un paciente con un seudoaneurisma arterial intrahepático secundario a una toracocentesis⁵ pero, a diferencia de nuestra paciente, no cursó con hemorragia intraabdominal ni con shock hipovolémico. En el caso mencionado, el paciente presentó dolor en la zona de punción y en el hombro derecho, y las pruebas de laboratorio pusieron de manifiesto una alteración en las pruebas hepáticas con elevación de las transaminasas, la fosfatasa alcalina y la gammaglutamiltransferasa, hechos no observados en nuestro caso. Cuando se analizan los factores asociados a la presencia de complicaciones en la toracocentesis, se han intentado correlacionar éstas con la experiencia del cirujano, el tamaño de la aguja y el hecho de que la punción sea guiada por ecografía, con resultados dispares^{2,3,7-10}. Así, en un reciente trabajo de nuestro grupo en el que se analizaban los factores asociados al neumotórax secundario a toracocentesis, ninguno de los factores mencionados alcanzó significación estadística en la mayor incidencia de neumotórax¹⁰. En nuestro caso la toracocentesis fue realizada por un médico residente senior con experiencia en la práctica de este procedimiento, con aguja fina y no guiada por ecografía.

Queremos destacar la excepcionalidad de un hemoperitoneo por un seudoaneurisma arterial intrahepático secundario a la práctica de una toracocentesis.

Eva Ruiz Ruiz, José Alegre Martín,
Margarita Moreiras Barreiro*
y Tomás Fernández de Sevilla Ribosa

Servicios de Medicina Interna y *Angiorradiología.
Hospital General Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

1. Seneff MG, Corwin RW, Gold LH, Irwin RS. Complications associated with thoracocentesis. Chest 1986; 89: 97-100.
2. Grogan DR, Irwin RS, Channick R, Raptopoulos V, Curley FJ, Bartter T et al. Complications associated with thoracentesis. A prospective, randomized study comparing three different methods. Arch Intern Med 1990; 150: 873-877.
3. Raptopoulos V, Davis LM, Lee G, Umali C, Lew R, Irwin RS. Factors affecting the development of pneumothorax associated with thoracentesis. Am J Roentgenol 1991; 156: 917-920.
4. Heffner JE, Sahn SA. Abdominal hemorrhage after perforation of a diaphragmatic artery during thoracentesis. Arch Intern Med 1981; 141: 1238.
5. Zironi G, Piscaglia F, Gaiani S, Masi L, Bolondi L. Intrahepatic artery pseudoaneurysm: a possible complication of blind thoracentesis. J Clin Ultrasound 1999; 27: 151-155.
6. Collins TR, Sahn SA. Thoracentesis. Clinical value, complications, technical problems, and patient experience. Chest 1987; 91: 817-822.
7. Schiffman PL, Brunswick N. Complications of thoracentesis. Arch Intern Med 1990; 150: 2598-2600.
8. Swinburne AJ, Bixby K, Fedullo AJ, Lee D, Wahl GW, Rochester. Pneumothorax after thoracentesis. Arch Intern Med 1991; 151: 2095.
9. Roth M, Hal Cragun LTC, Grathwohl CPT. Complications associated with thoracentesis. Arch Intern Med 1991; 151: 2095-2096.
10. Alemán C, Alegre J, Armadans L, Andreu J, Falco V, Recio J et al. The value of chest roentgenography in the diagnosis of neumothorax after thoracentesis. Am J Med 1999; 107: 340-343.