

Urinotórax, una causa infrecuente de derrame pleural Urinothorax, an uncommon cause of pleural effusion

Maynor Palma(1), Carlos Tapia(1), Rodrigo Nájera(1), Edgar Contreras(1).
1. Departamento de pediatría, Hospital Roosevelt, Guatemala, Guatemala.

Correspondencia: Dr. Maynor Palma, Enfermedadesrespiratorias@outlook.com

Recibido: 28 de julio de 2020

Aceptado: 07 de diciembre de 2020

Resumen

Urinotórax se refiere a la acumulación de orina en la cavidad pleural, es una causa infrecuente de derrame pleural y existen pocos reportes sobre esta patología a nivel mundial. La etiología puede ser obstructiva o traumática, pero en algunos casos no se puede determinar la causa. Las características clínicas y del líquido pleural suelen ser variables y para su diagnóstico se requiere de un radio de la creatinina del líquido pleural/sérica > 1. En la mayoría de casos el pronóstico es favorable. Presentamos el caso de una mujer de 66 años con diagnóstico de urinotórax.

Palabras clave: urinotórax, derrame pleural.

Abstract

Urinothorax refers to the accumulation of urine in the pleural cavity, it is an infrequent cause of pleural effusion and there are very few reports of this pathology worldwide. The etiology can be obstructive or traumatic, but in some cases the cause cannot be determined. The clinical and pleural fluid characteristics are usually variable, but a radius of pleural fluid creatinine / serum > 1 is required for diagnosis. In most cases the prognosis is favorable. We present the case of a 66-year-old woman diagnosed with urinothorax.

Key words: urinothorax, pleural effusion.

Introducción

Los primeros casos de urinotórax datan de 1968,[1] a pesar de los avances de la medicina moderna, se conoce poco sobre los mecanismos fisiopatológicos de la misma. Existen pocas publicaciones y revisiones que describen de manera detallada la etiología, características clínicas y el tratamiento de elección.[2]

Caso clínico

Mujer de 66 años, con antecedente de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica, hipotiroidismo, cardiopatía isquémica crónica y cáncer de mama tratado con mastectomía radical derecha y quimioterapia hacía 4 años. Consultó por cuadro de tos y disnea progresiva de 4 meses. Paciente lucía crónicamente enferma, se encontraba afebril, presión arterial: 140/90 mmHg, taquicardia (101 lpm), taquipnea (25 rpm) e hipoxemia (SpO₂: 89%) la cual resolvió con 2L de oxígeno suplementario. Se documentó derrame pleural izquierdo. Resto de examen físico sin alteraciones. Líquido pleural mostró glucosa 131 mg/dL, creatinina 2.62mg/dL, proteínas 0.96U/L y albúmina 0.32 g/dL. También se observó anemia (10 g/dL) normocítica normocrómica, creatinina sérica en 2.31 mg/dL y nitrógeno de urea en 37.90 mg/dL.

La radiografía de tórax evidenció derrame pleural bilateral (Fig. 1). Los hallazgos del líquido pleural fueron compatibles con trasudado, poseía fuerte olor a orina, relación creatinina pleural/sérica en 1.13 mg/dL. En el bloque celular y biopsias pleurales se observaron únicamente linfocitos escasos maduros. La UROTAC reportó derrame pleural bilateral y ausencia de datos de uropatía obstructiva. Debido a persistencia de disnea, se le colocó una sonda endopleural izquierda y posteriormente se realizó pleurodesis química. Tuvo una adecuada evolución y fue dada de alta hospitalaria, actualmente se encuentra en seguimiento.



Fig.1. Radiografía de Tórax con urinotórax, muestra derrame pleural bilateral, el izquierdo, mayor de 2/3 y el derecho escaso.

Discusión

En el 2017, Toubes et al, realizaron una revisión sistemática (83 casos) con una mediana de edad de 45 años, teniendo como causas más frecuentes procesos obstructivos o traumáticos.[3] Existen 2 teorías sobre su formación, una señala el paso de la orina hasta la cavidad pleural por defectos diafragmáticos[4] y otra a través de los vasos linfáticos, por aumento de la presión retro e intra peritoneal.[5] Los hombres suelen ser los más afectados (1,6:1) con una presentación clínica variable,[3] siendo frecuente la disnea (92,8%), el dolor torácico o abdominal (76,9/91,4%) y la oligoanuria (87%). Radiológicamente puede verse un derrame pleural unilateral (87%), derecho (58,1%) o izquierdo (41,9%) de gran tamaño (mayor de 2/3), como el presentado. Para confirmación diagnóstica se requiere un ratio de la creatinina del líquido pleural/sérica > 1 (altamente sensible, pero no específico), aunque el olor a orina es muy sugestivo. En nuestra paciente no se encontró una causa obstructiva o traumática del urinotórax, sin embargo, consideramos que las múltiples comorbilidades, condicionaron su aparición. El curso clínico fue muy favorable, similar a de la mayoría de casos reportados globalmente.[7] Finalmente, debemos recordar que aunque el urinotórax es una causa poco frecuente de derrame pleural, la evaluación minuciosa del líquido pleural nos ayudará a tener un diagnóstico más preciso.

Referencias

References

1. Corriere JN, Miller WT, Murphy JJ. Hydronephrosis as a cause of pleural effusion. *Radiology* 1968;90:79-84.
2. Garcia-Pachon E, Romero S. Urinothorax: a new approach. *Curr Opin Pulm Med* 2006;12:259-63.
3. Toubes ME, Lama A, et al. Urinothorax: a systematic review. *J Thorac Dis* 2017;9(5):1209-1218. DOI: 10.21037/jtd.2017.04.22
4. Muzhrachi A, Prasad KV. Bilateral urinothorax following spontaneous extravasation from the kidney-speculation of an anatomical pathway for the transport of extravasated urine to the pleural cavities: A case report and review of the literature. *Q Med J* 2008;17:71-4.
5. Baron RL, Stark DD, McClennan BL, et al. Intrathoracic extension of retroperitoneal urine collections. *AJR Am J Roentgenol* 1981;137:37-41
6. Miller KS, Wooten S, Sahn SA. Urinothorax: a cause of low pH transudative pleural effusions. *Am J Med* 1988;85:448-9.
7. Ranjan V, Agrawal S, Chipde SS, et al. Urinothorax: A path, less travelled: Case report and review of literature. *J Nat Sci Biol Med* 2.