



Urinotórax: ¿siempre un trasudado pleural?

Sr. Director: El urinotórax es una causa infrecuente de derrame pleural¹, producido a consecuencia de una fuga de orina retroperitoneal que accede al espacio pleural a través de linfáticos diafragmáticos o de un defecto anatómico del diafragma. Clásicamente, se define como trasudado pleural, aunque también puede tratarse de un exudado pleural como en el caso del paciente que presentamos.

Varón de 48 años, sin antecedentes de interés, que consulta por dolor en el hemiabdomen derecho y hematuria tras contusión abdominal. Exploración física: dolor con defensa a la palpación de hipocondrio y flanco derechos, así como puño-percusión lumbar derecha dolorosa. Presencia de hematuria macroscópica. La tomografía computarizada (TC) de abdomen muestra: laceración renal derecha con extensión hacia hilio renal, sin evidencia de sangrado activo; líquido libre perirrenal derecho y retroperitoneal compatible con hematoma/urinoma. A los 5 días del traumatismo aparece dolor pleurítico derecho con hipofonesis basal derecha y semiología de derrame pleural que se confirma radiológicamente. La toracentesis muestra líquido pleural de aspecto hemático con las siguientes características: pH, 7.47; glucosa, 117 mg/dl; proteínas, 41 g/l; LDH, 183 U/l, y hematocrito, 2,8%, que según los criterios de Light reúne características de exudado a expensas de proteínas (cociente proteínas pleura/suero 0,65). Ante la sospecha de urinotórax, se determina la creatinina pleural (1,29 mg/dl), con cociente de pleura/suero superior a uno, que confirman la presencia de orina en el espacio pleural. La urografía intravenosa muestra dilatación pielocalicilar derecha y fuga de contraste procediendo a colocación de *cáteter doble J* para drenaje del urinoma. A los 15 días se realiza una TC abdominal de control con resolución del urinoma. Paralelamente, el paciente presenta mejoría del dolor pleurítico y en la radiografía de tórax se evidencia la desaparición del derrame pleural.

El urinotórax fue descrito por Corriere et al² en 1968; desde entonces son muy pocos los casos que se han publicado en la literatura médica. La presencia de fuga en el tracto urinario puede ocasionar un urinoma con colección de orina retroperitoneal y secundariamente urinotórax, por paso de orina al espacio pleural ipsilateral a partir de la lesión renal, aunque ocasionalmente puede ser bilateral³. Las causas más frecuentes de urinoma son: uropatía obstructiva, traumatismo abdominal con afectación de la vía urinaria, proce-

Fig. 1. Obsérvese el detalle del urinoma renal derecho con derrame pleural ipsolateral.



sos inflamatorios/malignos retroperitoneales, litotricia, nefrostomía no funcionante o biopsia renal^{4,5}. El líquido pleural suele presentar coloración y aroma similares a la orina, características de trasudado, aunque con pH y glucosa bajos, similares al pH y glucosa de la orina. El diagnóstico de confirmación es un índice de creatinina pleural/creatinina sérica superior a uno¹. Se han descrito casos de urinotórax con cifras elevadas de LDH¹. La evidencia de proteínas elevadas en líquido pleural no debe descartar urinotórax, ya que en ocasiones éste se asocia con contusiones abdominales cerradas y sangrado de vía urinaria. La presencia de un urinoma con orina hemática puede ocasionar urinotórax hemáticos con cifras elevadas de proteínas, por el paso de plasma al líquido pleural, que asimismo puede elevar el valor del pH del líquido pleural.

El diagnóstico del urinotórax requiere un alto índice de sospecha, y probablemente está infradiagnosticado en la práctica clínica habitual por no considerarse en el diagnóstico diferencial del derrame pleural⁶. Ante un paciente con derrame pleural y antecedentes de traumatismo abdominal, deberían solicitarse siempre cifras de creatinina pleural, aun en presencia de exudados hemáticos, ya que éstos no permiten descartar la presencia de urinotórax, clásicamente descritos como trasudados pleurales. El urinotórax suele resol-

verse de forma espontánea con el drenaje del urinoma.

**Maria Sancho Calvache
y Xavier Pomares Amigó**

Servei de Pneumologia.
Corporació Parc Taulí.
Sabadell, Barcelona, España.

1. Light RW, Macgregor MI, Luchsinger PC, Barr WC Jr. Pleural effusions: the diagnostic separation of transudates and exudates. *Ann Intern Med.* 1972;77:507-13.
2. Corriere JN Jr, Miller WT, Murphy JJ. Hydronephrosis as a cause of pleural effusion. *Radiology.* 1968;90:79-84.
3. Ralston MD, Wilkinson RH Jr. Bilateral urinothorax identified by technetium-99m DPTA renal imaging. *J Nucl Med.* 1986; 27:56-9.
4. Oğuzülgen IK, Oğuzülgen AI, Sinik Z, Köktürk O, Ekim N, Karaoğlu U. An unusual cause of urinothorax. *Respiration.* 2002; 69:273-4.
5. Geraldía Lama M, León Jiménez A, Soler Regal C, Clavo Sánchez A. Urinothorax: an infrequent cause of pleural effusion. *Med Clin (Barc).* 1994;103:439.
6. Garcia-Pachon E, Padilla-Navas I. Urinothorax: case report and review of the literature with emphasis on biochemical diagnosis. *Respiration.* 2004;71:533-6.