

En el grupo de pacientes EPOC se dan una serie de circunstancias que facilitan este tipo de conversaciones, por ejemplo la confianza del paciente en su médico y las numerosas oportunidades que ofrece la consulta de rutina en una fase estable de la enfermedad. Es importante aprovechar todo ello para encontrar un momento y hacer una pausa, hablar del futuro, de lo que un enfermo desea para sí mismo en caso de gravedad o incertidumbre, para planificar el final de la vida conforme a sus valores y preferencias. Es necesaria la formación continuada del personal sanitario sobre los problemas del final de la vida y planificación de cuidados y tratamientos. Si la buena práctica clínica tiende a un modelo más deliberativo y participativo, será necesario mejorar la implicación del enfermo en la toma de decisiones, hoy en día muy escasa. Para ello, el primer paso es aumentar la calidad del proceso de información, requisito fundamental para iniciar la toma de decisiones.

Financiación

Ayuda a la Investigación de la Fundación Respira, BECAS SEPAR'2002.

doi:10.1016/j.arbres.2010.06.012

Bibliografía

1. Couceiro A, Pandiella A. La EPOC: un paradigma para el uso de directivas previas y la planificación anticipada de decisiones. Arch Bronconeumol. 2010;46:325-31.
2. Saralegui I, Corral E, Urturi JA, Labaien F, Pérez C, Martín A, et al. What do chronic obstructive pulmonary disease patients know about mechanical ventilation? Intensive Care Med. 2004;30(Supl 1):S102.
3. Roter DL, Larson S, Fischer GS, Arnold RM, Tulsy JA. Experts Practice what they Preach. A descriptive study of best and normative practices in end-of-life discussions. Arch Intern Med. 2000;160:3477-85.
4. Johnson SC. Advance Directives: from the perspective of the patient and the physician. J R Soc Med. 1996;89:568-70.
5. Schaberg DR. Managing patients with chronic bronchitis: from primary prevention to advance directives. Hosp Pract (Minneap). 2000;35:43-50.
6. Gallo JJ, Straton JB, Klag MJ, Meoni LA, Sulmasy DP, Wang NY, et al. Life-sustaining treatments: what do physicians want and do they express their wishes to others? J Am Geriatr Soc. 2003;51:961-9.

Iñaki Saralegui

Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Santiago, Vitoria, España
Correo electrónico: inaki.saralegui@osakidetza.net

Diafragmoplastia con parche en el hidrotórax hepático debido a fístula pleuroperitoneal

Diaphragmoplasty with Patch on the Hepatic Hydrothorax due to Pleuroperitoneal Fistula

Sr. Director:

El hidrotórax hepático (HH) debido a una fístula pleuroperitoneal (FPP) es una entidad excepcional. Debido al abundante líquido pleural, provoca disnea y desequilibrio hidroelectrolítico con mucha frecuencia. Su diagnóstico se sospecha en un paciente con cirrosis e hipertensión portal establecidas que presenta derrame pleural unilateral, en general derecho¹. Presentamos a una paciente con HH debido a FPP que se detectó como un defecto transdiafragmático con una gammagrafía de captación tras la administración de macroagregados de albúmina marcada con Tc99. Tratamos a la paciente con reparación quirúrgica y aplicación de una malla, que denominamos diafragmoplastia, a través de una toracotomía derecha.

La paciente fue derivada a nuestra clínica con disnea de 3 meses de evolución, al igual que una opacidad en la zona inferior del pulmón derecho y la presencia de líquido pleural, detectados en una radiografía de tórax. En la anamnesis, la paciente refirió cirrosis desde 7 años atrás. Tenía antecedentes que incluían inserción de catéter de pequeño calibre para drenaje con toracocentesis evacuadora y una pleurodesis incompleta con talco. En la zona inferior del hemitórax derecho estaba abolido el murmullo vesicular. También insertamos un catéter de pequeño calibre para drenaje. Al cabo de 12 h, drenamos 3.500 ml de líquido. El diagnóstico de sospecha fue el de HH. Se administraron 20 ml de azul de metileno diluido en la cavidad peritoneal. En los 20 min siguientes, fluyó a partir de los catéteres torácicos. La gammagrafía tras la administración de macroagregados de albúmina marcada con Tc99 demostró el lugar y el tamaño del defecto transdiafragmático. Después del minuto 6 de la gammagrafía, se observó cómo la captación se desplazaba al hemitórax derecho desde el área hepática (fig. 1a, b). El defecto se localizaba en el segmento posterolateral del diafragma. Cuando se

efectuó la toracotomía, el diafragma había perdido su función. En el área posterolateral, en una zona de 3 × 4 cm, no había tejido muscular. Esta área defectuosa tenía una estructura fibrótica. Tratamos a la paciente con una diafragmoplastia a través de una toracotomía derecha. El tratamiento quirúrgico consistió en: 1) toracotomía derecha, exploración completa del diafragma derecho; 2) marcado del área defectuosa; 3) posicionamiento de una capa en el área defectuosa; 4) sutura de la capa sobre el área defectuosa, y 5) reconstrucción con malla del área diafragmática total (fig. 1C). El defecto del componente diafragmático se corrigió con un parche extenso de Gore-Tex[®] de 1,4 mm de grosor (W. L. Gore & Associates, Flagstaff, AZ) utilizando una sutura continua (proleno del 2-0, Ethicon, Somerville, Estados Unidos). El parche se recortó para reducir el pliegue del diafragma torácico. La diafragmoplastia se muestra con detalle en el esquema (fig. 1D). El curso postoperatorio fue anodino desde un punto de vista quirúrgico y la paciente se recuperó por completo.

El HH puede definirse como la migración transdiafragmática patológica de grandes cantidades de líquido ascítico en pacientes sin otra enfermedad subyacente aparte de la cirrosis hepática². No obstante, la demostración directa de estos defectos con técnicas de imagen no cruentas es excepcional. La rareza de la detección de estos defectos diafragmáticos puede explicarse como se describe más adelante. Los defectos diafragmáticos pueden dividirse en cuatro tipos: tipo 1, grande; tipo 2, pequeño; tipo 3 y 4, más pequeños³. Para los defectos diafragmáticos de tipo 1-3 puede ser razonable el drenaje y la pleurodesis o un *shunt* peritoneovenoso. Sin embargo, para los defectos de tipo 4 se requiere una corrección quirúrgica. En unos pocos casos clínicos se describe una corrección quirúrgica satisfactoria de los defectos diafragmáticos responsables de la migración de líquido en la cavidad pleural⁴. Los autores usaron toracoscopía videoasistida para corregir los defectos diafragmáticos, además de la pleurodesis. Se observó una respuesta completa en seis casos y ninguna recidiva⁵. Además, el uso de un refuerzo del diafragma con la pleura u malla parece ser un tratamiento alentador del HH refractario⁶. No obstante, la migración transdiafragmática puede continuar. Naturalmente, el tratamiento propuesto es el trasplante de hígado. En conclusión, la diafragmoplastia puede ser

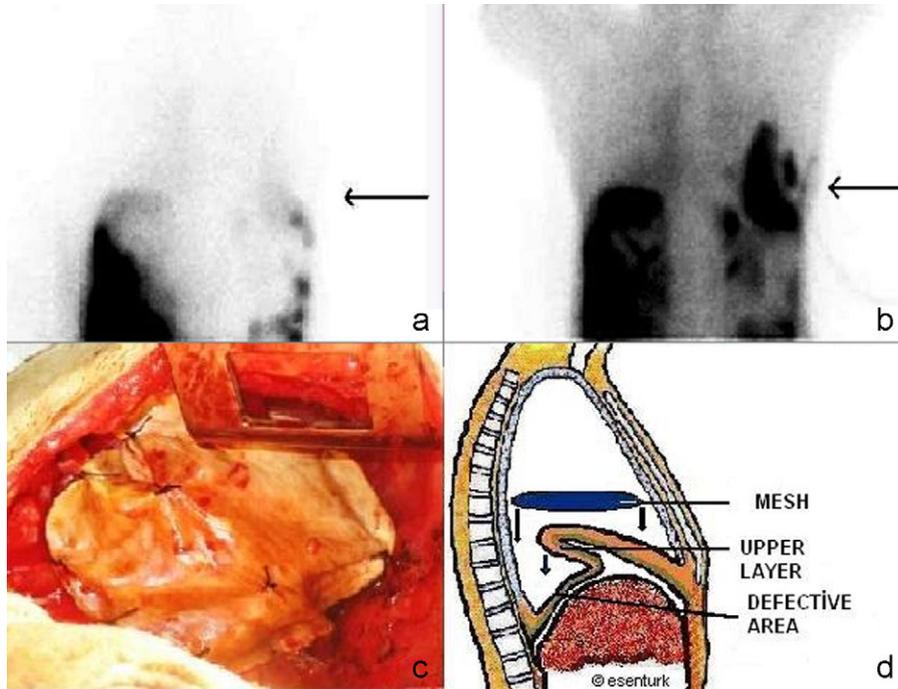


Figura 1. Gammagrafía pulmonar con captación de Tc99. Flechas a nivel diafragmático; a) Primer minuto, b) Minuto 6. c) Aplicación de malla de Gore-Tex® en el diafragma. d) Dibujo esquemático de la diafragmoplastia. *Legendas:* 1. Malla. 2. Capa superior. 3. Área del defecto.

una elección razonable para la insuficiencia respiratoria debida a grandes defectos transdiafragmáticos.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Roussos A, Philippou N, Mantzaris GJ, Gourgouliannis KI. Hepatic hydrothorax: pathophysiology diagnosis and management. *J Gastroenterol Hepatol.* 2007;22:1388-93.
2. Alberts WM, Salem AJ, Solomon DA, Boyce G. Hepatic hydrothorax. Cause and management. *Arch Intern Med.* 1991;151:2383-8.
3. Lin DJ, Wang MF, Gao GX, Li B, Su LL, Zhu L, et al. The value of thoracoscopy for diagnosis and management of refractory hepatic hydrothorax. *Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi.* 2006;29:665-7.

4. Temes RT, Davis MS, Follis FM, Pett Jr SB, Wernly JA. Videothoroscopic treatment of hepatic hydrothorax. *Ann Thorac Surg.* 1997;64:1468-9.
5. Mouroux J, Perrin C, Venissac N, Blaive B, Richelme H. Management of pleural effusion of cirrhotic origin. *Chest.* 1996;109:1093-6.
6. Huang PM, Kuo SW, Lee JM. Thoracoscopic diaphragmatic repair for refractory hepatic hydrothorax. *Thorac Cardiovasc Surg.* 2006;54:47-50.

Serdar Sen y Ekrem Senturk*

Adnan Menderes University, Medicine Faculty, Thoracic Surgery, Aydin, Turquía

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ekremsenturk@hotmail.com (E. Senturk).

doi:10.1016/j.arbres.2010.06.016

**Neumonía por *Dialister pneumosintes* en un paciente con EPOC
Pneumonia Due to *Dialister pneumosintes* in a Patient With
Chronic Obstructive Pulmonary Disease**

Sr. Director:

En los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la neumonía es una afección frecuente, generalmente causada por gérmenes habituales. Describimos a continuación el caso clínico de un paciente que presentó neumonía por *Dialister pneumosintes*. Según la revisión realizada en PubMed desde el año 1960 hasta la actualidad, no se ha aislado este germen como causante de neumonía en pacientes sin factores de riesgo.

En el momento de acudir a consultas el paciente tenía 74 años y entre sus antecedentes personales destacaba que era exfumador y exbebedor, y que presentaba EPOC, sin tratamiento habitual. Se hallaba en seguimiento en las consultas de neumología por presentar infecciones de repetición desde hacía 5 años. Durante dicho período se habían observado infiltrados seudonodulares, que cambiaban de localización, en las tomografías computarizadas (TAC) de tórax de seguimiento. También se le había realizado una fibrobroncoscopia que no mostró malignidad ni bacterias causantes de estos infiltrados. Se habían determinado marcadores tumorales, que descartaban malignidad. Cuando llevaba 3 años sin presentar ninguna reagudización de la EPOC se le dio el alta desde consultas.