



## NEUROCIRUGÍA

[www.elsevier.es/neurocirugia](http://www.elsevier.es/neurocirugia)


## Caso clínico

# Hidrotórax como complicación de la derivación ventriculoperitoneal: caso clínico

 Raúl M. Yéboles<sup>a,\*</sup>, Lorena Vázquez<sup>a</sup>, Marta Seoane<sup>a</sup>, Susana Castro<sup>a</sup> y Beatriz Ruiz<sup>b</sup>
<sup>a</sup> Servicio de Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, España

<sup>b</sup> Servicio de Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

## Historia del artículo:

Recibido el 7 de septiembre de 2016

Aceptado el 26 de diciembre de 2016

On-line el xxx

## Palabras clave:

Derrame pleural

Derivación ventriculoperitoneal

Hidrocefalia

Hidrotórax

Transferrina

## RESUMEN

La derivación ventriculoperitoneal (DVP) es el tratamiento habitual en caso de hidrocefalia. Se trata de una técnica sencilla y eficaz, pero hasta un 70% de los pacientes presentan algún tipo de complicación a lo largo de su vida. La mayoría de ellas son debidas a infección o disfunción mecánica, siendo las complicaciones torácicas poco frecuentes. El presente caso es uno de los pocos encontrados en la literatura en el que se objetiva hidrotórax como complicación de la DVP sin migración de la punta de catéter y sin ascitis.

Describimos el caso de una niña de 2 años con DVP. La paciente es diagnosticada de derrame pleural compatible con hidrotórax. Tras análisis de  $\beta$ 2-transferrina en líquido pleural se comprobó que se trataba de líquido cefalorraquídeo. El TAC craneal mostró un catéter de DVP normoposicionado. La radiografía y la ecografía de abdomen mostraron punta de catéter bien situada en peritoneo.

© 2017 Sociedad Española de Neurocirugía. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Hydrothorax as a complication of a ventricle peritoneal shunt. A case report

## ABSTRACT

The ventricle peritoneal (VP) shunt is commonly used in the treatment of hydrocephalus. It is a relatively simple and effective technique, but around 70% of the patients with a VP shunt have a complication in their lifetime. Most of these complications are due to infection or mechanical dysfunction. The thoracic complications are rare. The present case is one of the small number of them found in the literature, describing hydrothorax as a complication of a VP shunt without catheter migration and without ascites.

## Keywords:

Pleural effusion

Ventricle peritoneal shunt

Hydrocephalus

Hydrothorax

Transferrin

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [rmyeboles@hotmail.com](mailto:rmyeboles@hotmail.com) (R.M. Yéboles).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.neucir.2016.12.003>

1130-1473/© 2017 Sociedad Española de Neurocirugía. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

The case is presented of a 2 year-old girl with VP shunt. The patient was diagnosed with pleural effusion compatible with hydrothorax. After finding beta-2-transferrin in the pleural fluid, it was shown to be from cerebrospinal fluid. Cranial CT showed the catheter in a proper position, and the X ray and ultrasound showed the catheter correctly positioned in the peritoneum.

© 2017 Sociedad Española de Neurocirugía. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

La derivación ventriculoperitoneal (DVP) es una técnica que se realiza de forma relativamente frecuente en pacientes pediátricos con diagnóstico de hidrocefalia. Es sencilla, pero sus complicaciones son habituales<sup>1</sup>. Aparte de las complicaciones más comunes (infección y obstrucción mecánica), debemos tener en cuenta otras menos frecuentes, como el hidrotórax de líquido cefalorraquídeo (LCR).

La mayoría de casos descritos con hidrotórax son debidos a migración de la punta del catéter<sup>2</sup> hacia el espacio pleural. Son pocos los casos publicados en los que aparece hidrotórax con catéter de derivación normoposicionado (tabla 1).

A través de este caso se aporta discusión acerca del diagnóstico diferencial del paciente con distrés respiratorio portador de DVP y revisión de la literatura.

## Caso clínico

Niña de 2 años y medio con antecedente de prematuridad de 30+5 semanas, fruto de un embarazo gemelar bicorial biamniótico. Ingreso en otro centro hospitalario durante los 3 primeros meses de vida, presentando como complicación una hemorragia intraventricular con hidrocefalia no obstructiva secundaria. Ante la progresión de la hidrocefalia precisó colocación de válvula de DVP a los 11 meses de vida, precisando posteriormente recambio del sistema de DVP por malfunción de la misma a los 20 meses. En seguimiento clínico por presentar estenosis valvular pulmonar moderada-severa e hipoplasia de rama pulmonar izquierda.

Fue ingresada en nuestro centro, 10 meses después de la última revisión quirúrgica, por cuadro de oscilación del nivel de conciencia. Historia de clínica catarral los días previos con empeoramiento en las últimas 72 h, presentando vómitos, irritabilidad y tendencia al sueño. Se realizó TC craneal en dicho momento, que objetivó DVP normoposicionada sin empeoramiento de su hidrocefalia. Análítica sanguínea sin alteraciones significativas (tabla 2).

Valorada por Neurocirugía, la paciente es ingresada para vigilancia clínica. Se realiza estudio de LCR con citoquímica dentro de la normalidad (tabla 2). Evolución favorable a nivel neurológico en las siguientes horas de ingreso, permaneciendo más activa y conectada con el entorno, sin datos de focalidad. Sin embargo, se objetiva dificultad respiratoria progresiva con polipnea, tiraje intercostal y necesidades de oxígeno suplementario para mantener adecuada saturación de oxígeno. Se encontraba afebril con auscultación pulmonar

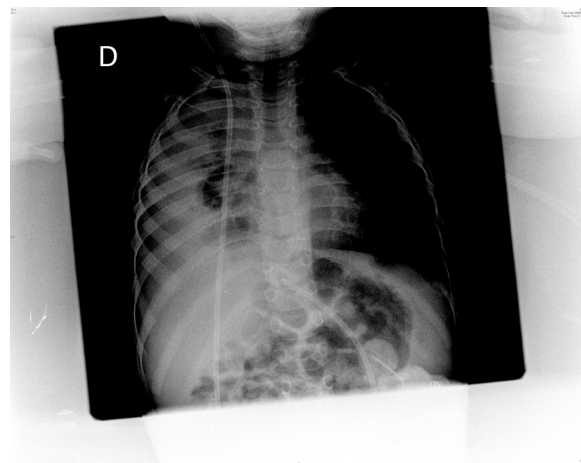


Figura 1 – Radiografía de tórax con derrame pleural derecho.

evidenciando hipofonía de hemitórax derecho, soplo sistólico cardíaco en foco pulmonar y abdomen blando, no distendido y depresible sin dolor.

Se realiza radiografía de tórax (fig. 1), en la que se objetiva derrame pleural derecho masivo, junto con radiografía y ecografía abdominal sin evidencia de obstrucción intestinal o de aire intraperitoneal y con punta de catéter bien posicionada.

La paciente es trasladada a la unidad de cuidados intensivos pediátricos y se realiza drenaje de derrame pleural derecho ecodirigido, obteniéndose líquido de aspecto serohemático y con características de trasudado (parámetros en líquido pleural: pH 7,76, hematíes 9.200/ $\mu$ l, leucocitos 55/ $\mu$ l, glucosa 79 mg/dl, LDH 180 UI/l, proteínas <2; parámetros en sangre: LDH 491 UI/l, proteínas totales 6,5 g/l).

Se inicia soporte ventilatorio no invasivo con oxigenoterapia de alto flujo que se mantiene durante 3 días y, dada la mejoría clínica, el cese de débito por drenaje y la desaparición radiográfica del derrame, se procede a retirada de tubo de toracotomía a las 48 h sin incidencias.

Derrame pleural compatible con trasudado de etiología no filiada inicialmente, por lo que se pauta antibioterapia de amplio espectro durante las primeras 48 h y que es suspendida dada la negatividad de los cultivos sanguíneo y pleural, junto con la ausencia de elevación de reactantes de fase aguda analíticos.

Es valorada por Cardiología para descartar derrame de causa cardiogénica en el contexto de elevación moderada de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8686543>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8686543>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)