

## Neumotórax comunicante: tórax de búfalo

**Autores:** Guadalupe Dova, Florencia María Ballester, Julio Felipe Chertcoff

Servicio de Medicina Crítica y Neumonología. Hospital Británico de Buenos Aires

**Correspondencia:**  
Florencia María Ballester  
Domicilio postal: Perdriel 74- CABA  
Tel.: 4309-6400 int 1258  
E-mail: florballester@hotmail.com

Recibido: 04.12.2014  
Aceptado: 07.01.2015

### Introducción

El neumotórax comunicante bilateral constituye una enfermedad infrecuente, debido al compromiso y conexión de ambas pleuras. Ha sido denominado por la literatura médica inglesa como tórax de búfalo dado la presencia en ese animal de una cavidad pleural única. Se asocia a cirugía torácica, cardíaca y/o a colocación de accesos venosos.

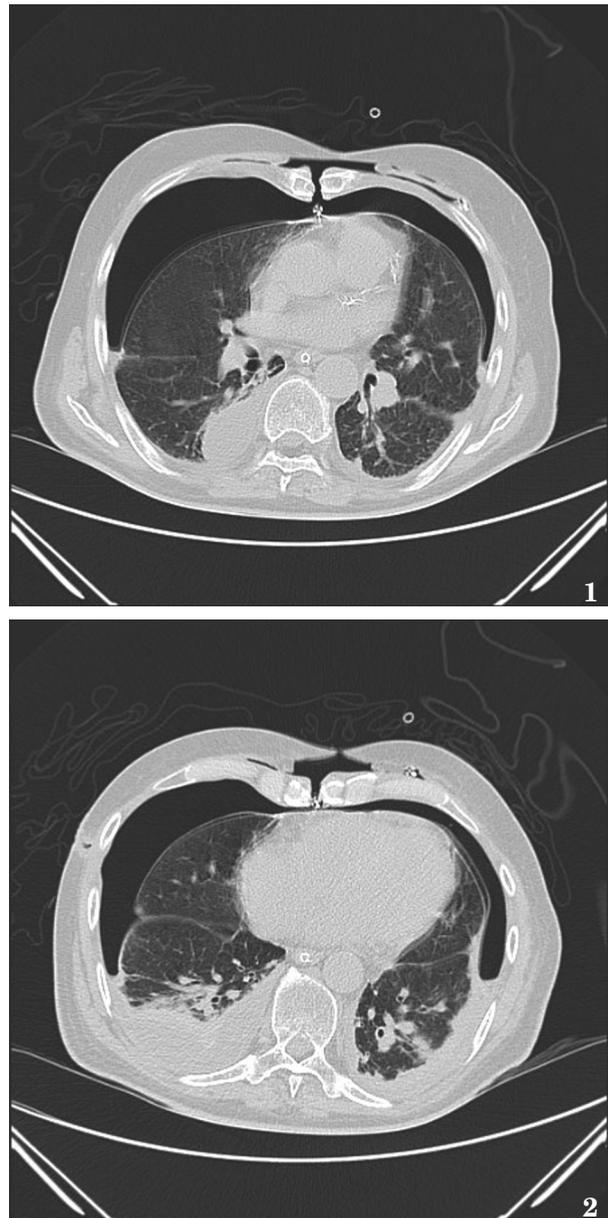
### Caso clínico

Paciente masculino de 67 años de edad, con antecedentes patológicos de tabaquista severo (50 paquetes/año) y cardiopatía isquémica. Ingresó a terapia intensiva en el postoperatorio de cirugía de revascularización miocárdica (CRM). Se complicó con una mediastinitis con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica prolongada y tratamiento quirúrgico mediante el cual se realizó apertura y posterior cierre mediastinal con plástica y colocación de drenaje pleural en ambas pleuras. Evolucionó con enfisema subcutáneo extenso y movimiento paradójico de la pared torácica anterior, se realizó tomografía computada (TC) de tórax donde se constató dehiscencia de la plástica mediastinal y cámara aérea mediastinal residual anterior en comunicación con ambas cavidades pleurales (tórax de búfalo). (Figuras 1 y 2).

Finalmente a los 85 días de la CRM, se realizó cirugía en dos tiempos con decorticación pleural, lavado mediastinal y cierre de la esternotomía. Se realizó nueva TC de tórax sin evidencia de neumotórax. Nueve días después el paciente fue destetado de la ventilación mecánica y 15 días más tarde fue dado de alta.

### Discusión

Las cavidades pleurales normalmente se encuentran totalmente aisladas una de la otra. Sin



**Figuras 1 y 2.** Tomografía de tórax. Se observa la comunicación entre ambas cavidades pleurales.

embargo, en algunos mamíferos como el elefante las pleuras se encuentran adosadas sin ninguna separa-

ción ni fenestración entre la visceral y la parietal<sup>1</sup>; en otros como el búfalo<sup>2</sup> o el bison americano, ambas cavidades pleurales se encuentran totalmente comunicadas lo cual permitía la fácil captura de los mismos por los indígenas, dado que desarrollaban neumotórax hipertensivo bilateral con una sola herida de flecha. Por ello, cuando patológicamente ambas cavidades pleurales se encuentran unidas, se ha denominado tórax de búfalo<sup>3</sup>.

En nuestro paciente el mecanismo más probable ha sido la apertura de ambas pleuras durante la cirugía y la disrupción del mediastino anterior durante la estereotomía<sup>4</sup>. Probablemente, la asistencia respiratoria mecánica y la presencia de adherencias impidió el colapso bipulmonar, lo que permitió una buena tolerancia del mismo.

## Conclusión

La tomografía computada permitió el diagnóstico de un neumotórax comunicante sobre el margen anterior, lo que permitió finalmente el correcto

tratamiento y el exitoso destete posterior del paciente. Se trata de un caso poco frecuente de una forma particular de neumotórax, cuya presencia debe tenerse cuando la TC lo sugiera, en pacientes con complicaciones postquirúrgicas.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

## Bibliografía

1. Brown RE, Butler JP, Godleski JJ, et al. The elephant's respiratory system: adaptations to gravitational stress. *Respir Physiol* 1997; 109: 177-194.
2. Smith HA, Jones TC. The respiratory system. In: *Veterinary pathology*. Philadelphia, PA: Lea & Febiger 1961; 750-777.
3. Schorlemmer GR, Khouri RK, Murray GF, et al. Bilateral pneumothoraces secondary to iatrogenic buffalo chest: an unusual complication of median sternotomy and subclavian vein catheterization. *Ann Surg* 1984; 199: 372-374.
4. Wittich GR, Kusnick CA, Starnes VA, et al. Communication between the two pleural cavities after major cardiothoracic surgery: relevance to percutaneous intervention. *Radiology* 1992; 184: 461-462.