

Seudoquilotórax. Revisión de 5 casos

F. Campos Rodríguez, I. Alfigeme Michavila, J. Hernández Borge, R. Villagómez Cerrato y A. Vargas Puerto

Sección de Neumología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla

El objetivo de este estudio ha sido valorar las características de presentación, curso clínico y evolutivo de los seudoquilotórax (SQ).

Hemos estudiado de forma retrospectiva 5 casos de SQ diagnosticados en el Hospital Universitario de Valme durante el período 1984-1994. Para el diagnóstico de SQ se exigió un líquido pleural con las siguientes características: *a*) presencia de cristales de colesterol (CC), o *b*) concentraciones de colesterol > 150 mg/dl y ausencia de quilomicrones (QM), en derrames pleurales (DP) cuyo sobrenadante no se aclaraba tras centrifugación.

Los 5 pacientes eran varones y tenían una edad media de 53 años. Todos presentaban antecedentes de tuberculosis pulmonar o pleural previa (media de 31 años desde el diagnóstico). Habían sido tratados con quimioterapia previa y cuatro con neumotórax terapéutico. En 2 casos el diagnóstico fue casual y en los otros tres se hizo en relación a una infección del DP. En 4 pacientes el diagnóstico se realizó según la presencia de CC en el líquido. Tres pacientes realizaron tratamiento específico, y en dos se aisló *M. tuberculosis* del líquido pleural. Un paciente precisó tubo de drenaje pleural y antibióticos por empiema asociado al SQ. En 2 casos fue preciso realizar una decorticación.

Actualmente el SQ es una patología muy poco frecuente. Todos los casos se asociaron a una tuberculosis previa con lesiones pleurales residuales. Habitualmente su diagnóstico es casual, pero hay que tener en cuenta la posibilidad de infección del derrame o reactivación tuberculosa.

Palabras clave: Seudoquilotórax. Tuberculosis. Derrame pleural.

Arch Bronconeumol 1997; 33: 422-425

Introducción

El seudoquilotórax (SQ) es una forma poco frecuente de derrame pleural (DP) crónico caracterizado por la presencia de un líquido lipídico con elevadas concentraciones de colesterol. Hasta 1961 sólo se habían descrito

Pseudo-chylothorax. A report of five cases

We undertook a retrospective review of five patients with pseudo-chylothorax diagnosed at our hospital between 1984 and 1994. Pseudo-chylothorax was diagnosed if crystals of cholesterol were observed (CC) or if cholesterol concentrations were over 150 mg/dl, but chylomicrons were absent from pleural effusions with cloudy supernatants after centrifugation.

The five patients were males and their mean age was 53 years. All had history of pulmonary or pleural tuberculosis (mean 31 years since diagnosis). All had received chemotherapy and four had undergone therapeutic pneumothorax. Two patients were diagnosed in the course of examination for other reasons, Three were diagnosed while being examined for the cause of pleural effusion. The diagnosis of four patients was based on the presence of CC. Three patients received specific treatment and *Mycobacterium tuberculosis* was isolated in the pleural fluid of two. One patient required a pleural drain and antibiotics because of empyema related to pseudo-chylothorax. Decortication was needed by two.

1) Pseudo-chylothorax is at present rare. 2) All the cases we saw were associated with earlier tuberculosis infection with residual pleural lesions. 3) Diagnosis usually occurs in the course of examination for the other motives, but the possibility of infected pleural effusion or reactivation of tuberculosis should be considered.

Key words: Pseudo-chylothorax. Tuberculosis. Pleural effusion.

99 casos¹ en la literatura mundial, y en una reciente revisión nacional, salvo una serie de 6 pacientes², sólo se han encontrado referencias aisladas^{2,3}. En nuestro medio, el SQ suele derivarse de un DP crónico originado a partir de las secuelas de una tuberculosis antigua. En el pasado, la tórpida resolución de los DP en las tuberculosis pleurales por falta de una quimioterapia adecuada, o el empleo de medidas de colapsoterapia encaminadas al cierre de cavernas, en las formas pulmonares, condicionaron la existencia de un amplio grupo de pacientes con extensas lesiones pleurales residuales y DP asocia-

Correspondencia: Dr. F. Campos Rodríguez.
Argantonio, 18, 1.º A. 41008 Sevilla.

Recibido: 30-4-96; aceptado para su publicación: 12-2-97.

do que evolucionó a la cronicidad, con la consiguiente transformación en SQ. A continuación se presentan 5 casos de SQ diagnosticados en nuestro hospital, en dos de los cuales se aisló *M. tuberculosis*, hecho considerado por algunos autores como infrecuente^{4,6}.

Material y método

Se hizo una revisión de los diagnósticos de todos los enfermos con DP asistidos en la unidad de neumología durante los años 1984-1994. Los criterios diagnósticos para considerar la existencia de un SQ fueron la presencia de un DP de larga evolución con al menos una de las siguientes condiciones: a) presencia de cristales de colesterol (CC), o b) concentración de colesterol > 150 mg/dl y ausencia de quilomicrones (QM), en DP cuyo sobrenadante no se aclaraba tras centrifugación.

Se encontraron 5 pacientes que cumplían estos criterios. El diagnóstico de SQ se hizo en 4 casos por la existencia de CC en líquido pleural (LP), y en el restante por la presencia de una concentración de colesterol > 150 mg/dl, ausencia de QM y persistencia de aspecto turbio del líquido tras la centrifugación. Los 5 pacientes eran varones, con una edad media de 53 años (30-70 años).

En todos los pacientes se había realizado una toracocentesis en condiciones estériles y anaerobias, obteniendo LP, anotando su aspecto y practicando, previa centrifugación, las siguientes determinaciones en el mismo: pH, glucosa, proteínas, LDH, colesterol, triglicéridos, recuento celular, ADA, cristales de colesterol y QM; estudio microbiológico que incluía tinción de Gram, tinción de Ziehl-Neelsen y cultivo del líquido en medio aerobio, anaerobio, para hongos y Löwenstein.

Resultados

Todos los pacientes presentaban antecedentes de TB pulmonar (4 casos) o pleural (un caso), con una media de 31 años (rango 8-50 años) desde que padecieron la tuberculosis hasta el momento de consulta en nuestro

servicio. El episodio antiguo de tuberculosis se había tratado en 4 de los 5 pacientes con neumotórax terapéutico y quimioterapia, y en el restante sólo con quimioterapia.

El motivo de consulta que llevó al diagnóstico de SQ fue un hallazgo radiográfico en 2 pacientes (uno estaba ingresado por neumonía contralateral al derrame, y el otro se diagnosticó en una revisión de su broncopatía crónica), mientras que los otros tres acudieron por presentar clínica de tos, expectoración, febrícula y dolor de tipo pleurítico en el lado ipsilateral al derrame pleural. La radiografía de tórax mostró en todos los pacientes un derrame pleural que ocupaba más de la mitad del hemitórax, engrosamiento pleural homolateral y presencia de calcificación de la misma en cuatro. En 3 casos se realizó TAC torácica que confirmó los hallazgos de la radiografía simple y además demostró la existencia en el parénquima subyacente de lesiones fibrosas residuales compatibles con tuberculosis antigua. A 2 pacientes se les practicó fibrobroncoscopia, encontrando lesiones cicatriciales del tipo de depresiones en cazoleta y estenosis bronquiales concéntricas.

En todos los pacientes se realizó centrifugado del LP previo al análisis, sin que ninguno mostrase aclaramiento del sobrenadante tras efectuar este procedimiento.

Los resultados del análisis bioquímico del LP se muestran en la tabla I. En la tabla II se recogen los hallazgos microbiológicos de todos los pacientes. El paciente 5 tuvo 3 episodios de empiema, uno por *Clostridium* sp. (que fue el motivo de ingreso que permitió el diagnóstico del SQ), el segundo a los 24 meses por *Escherichia coli* y un tercero postoperatorio del que desconocemos la microbiología por no haberse producido en nuestro hospital. Los pacientes 1 y 4 tuvieron cultivo de micobacterias positivo con aislamiento de *M. tuberculosis* en ambos. En todos los pacientes la citología del líquido mostró ausencia de células neoplásicas.

TABLA I
Seudoquilotórax. Bioquímica del líquido pleural

Paciente	pH	Glucosa (g/l)	Proteínas (g/l)	LDH (U/l)	ADA	Células % PMN	CC	QM	Aspecto	CL/TG
1	7,00	0,18	4,70	1.900	147*	83.000/10%	No	No	Purulento	181/88
2	7,14	0,26	4,50	3.240	49	100/15%	Sí	No	Turbio	130/75
3	7,08	0,29	4,50	1.980	177	-	Sí	No	Turbio	1.439/457
4	7,02	0,20	6,00	2.139	61*	80/25%	Sí	No	Lechoso	195/65
5	7,00	1,80	4,70	1.030	317	-	Sí	No	Turbio	417/161

TG: triglicéridos (en mg/dl). ADA: adenosín desaminasa (en U/l). CC: cristales de colesterol; QM: quilomicrones. *Pacientes con aislamiento de tuberculosis en líquido pleural.

TABLA II
Seudoquilotórax. Microbiología del líquido pleural

Pacientes	Gram	Cultivo	BK-LP	LW-LP	TB previa	Años de la TB	Tratamiento
1	-	-	-	+	PM	50	NX + QM
2	-	-	-	-	PL	8	QM
3	-	-	-	-	PM	30	NX + QM
4	-	-	-	+	PM	28	NX + QM
5	+	+	-	-	PM	38	NX + QM

BK-LP: baciloscopia del líquido pleural; LW-LP: cultivo de Löwenstein del líquido pleural; TB: tuberculosis; PL: pleural; PM: pulmonar. QM: quimioterapia. NX: neumotórax terapéutico. *Primer empiema por *Clostridium* (se diagnosticó de pseudoquilotórax); segundo por *E. coli* y tercero desconocido.

Se instauró tratamiento específico antituberculoso estándar (2RHZ/4RH) en los 2 pacientes con cultivos positivos para *M. tuberculosis* y en un paciente que, aunque con cultivo negativo, tenía antecedentes de tuberculosis pulmonar tratada únicamente con estreptomina. En los 2 pacientes en los que se aisló *M. tuberculosis* se consiguió esterilizar el derrame (cultivos negativos), aunque éste no desapareció tras el régimen de quimioterapia antes señalado. Un paciente se trató inicialmente con tubo de drenaje pleural (paciente 5) por el empiema bacteriano asociado. Precisarón tratamiento quirúrgico 2 pacientes (4 y 5); el motivo por el que se recurrió a este tratamiento fue en el primer caso por presentar un derrame pleural de curso tórpido, que necesitaba de continuas toracocentesis para el alivio de los síntomas; tras realizar una descorticación se consiguió la reexpansión pulmonar y quedó asintomático, desapareciendo el derrame y la sintomatología durante los 2 años que fue seguido. En el segundo caso, tras el primer empiema se realizó inicialmente un drenaje abierto por la existencia de una fístula broncopleural; tras el cierre espontáneo del drenaje pleural abierto tuvo un nuevo empiema y se indicó descorticación, el postoperatorio se complicó con una nueva infección del espacio pleural y finalmente fue necesario realizar una neumectomía de ese lado. En los 3 pacientes restantes (1, 2, 3), el tratamiento conservador fue suficiente y el seguimiento a 4, 5 y 3 años, respectivamente, no mostró aparición de síntomas ni cambios radiológicos en cuanto al DP.

Discusión

El SQ es un tipo de DP conocido desde el siglo pasado, si bien hay pocos casos descritos en la literatura¹. Se trata de un derrame crónico, habitualmente de más de 5 años de evolución, rodeado de una pleura engrosada. Aunque su patogenia es desconocida, el mecanismo más probable parece ser la acumulación de productos de degradación de las células presentes en el LP^{1,6}. En 2 casos existían antecedentes de DP de larga evolución, y los tres restantes tenían calcificaciones pleurales indicativas de cronicidad. En todos los casos había engrosamiento pleural.

En todos los pacientes de nuestra serie, el factor predisponente para el desarrollo de SQ fue un DP crónico relacionado con una tuberculosis pulmonar tratada repetidamente con neumotórax o una forma pleural con importantes lesiones residuales. En ningún caso encontramos otros factores referidos en la literatura como artritis reumatoide^{1,7,8}, neoplasia^{1,6}, diabetes, lúes o paragonimiasis^{1,8}.

Aproximadamente la mitad de los pacientes estaban asintomáticos en el momento del diagnóstico (pacientes 2 y 3), dato semejante a lo referido en la literatura^{1,3,6,8}. En ninguno de los 2 casos se demostró sobreinfección del líquido. De los 3 casos de nuestra serie que presentaban clínica en relación con el DP, en dos se aisló *M. tuberculosis* en LP y, en el tercero, la clínica fue debida a una sobreinfección bacteriana del líquido pleural por *Clostridium*. Este dato no concuerda con la mayoría de autores, que creen que la infección tuberculosa activa

del DP es poco frecuente¹⁻⁶ y, por otro lado, apenas mencionan al empiema bacteriano como complicación del SQ, salvo en relación con toracocentesis repetidas. Por ello, aunque el envío de muestras para cultivos de bacterias y Löwenstein es inexcusable, la aparición de clínica en relación con un DP crónico hasta entonces asintomático debe hacernos sospechar una infección del LP. En nuestra serie, sin embargo, los niveles de pH, LDH, glucosa, o celularidad en LP no permitieron diferenciar adecuadamente aquellos casos en que existió infección tuberculosa o bacteriana de los que no. Algo similar ocurrió con los niveles elevados de ADA en LP, ya que sólo en 2 de los 5 pacientes con ADA en LP > 45, se obtuvieron cultivos positivos para micobacterias. El aspecto del LP tampoco se correlacionó con la existencia o no de infección del mismo.

Cuatro pacientes tenían cristales de colesterol en LP, lo cual es diagnóstico de SQ^{6,8-10}. El último tenía antecedentes de tuberculosis antigua con extensas cicatrices pleurales, así como DP de más o menos larga evolución, con colesterol > 150 mg/dl, ausencia de quilomicrones y un LP de aspecto purulento que no desapareció tras centrifugar el líquido^{3,9}.

La mayoría de autores coinciden en indicar un tratamiento antituberculoso estándar para aquellos pacientes con antecedentes de TB no tratada correctamente, y en aquellos en los que se aísla el germen en LP⁸. Tres pacientes recibieron tratamiento específico bajo estos supuestos, esterilizando el cultivo en los 2 casos en los que se aisló *M. tuberculosis* en LP. Debido a la escasa sintomatología atribuible al SQ, así como a su carácter recidivante, se considera el manejo conservador como el más adecuado para este tipo de derrames; incluso, se desaconsejan las toracocentesis evacuadoras frecuentes por el riesgo de empiema o fístula broncopleural (FBP)^{4,5,6,8,9} que conllevan. Sin embargo, en ocasiones el tratamiento conservador no es suficiente y se precisa un abordaje quirúrgico, generalmente en forma de descorticación. Esta técnica pretende eliminar las cicatrices y el derrame pleural, permitiendo así la reexpansión pulmonar y, por otro lado, favorecer el cierre de la fístula broncopleural (FBP) si la hubiese. Por tanto este procedimiento estaría indicado en casos de SQ sintomáticos que precisasen de frecuentes toracocentesis evacuadoras^{1,4,5,6,8}, así como en aquellos otros complicados con empiema y FBP asociada, que habitualmente no se resuelven con tratamiento médico y drenaje pleural cerrado estándar⁴. Esta técnica fue aplicada a 2 pacientes; en uno (paciente 4) debido a la necesidad de toracocentesis repetidas para el alivio de los síntomas. En el otro (paciente 5), la sobreinfección del LP por bacterias y la presencia de una FBP añadida obligaron a la práctica de una descorticación, aunque finalmente fue preciso una neumectomía izquierda por empiema postoracotomía.

En resumen, se puede decir, que el desarrollo de una quimioterapia antituberculosa efectiva, al disminuir las lesiones residuales pleurales, ha contribuido a que el SQ sea una entidad cada vez menos frecuente y en vías de extinción. Ante este tipo de derrames, es fundamental descartar sobreinfección del líquido por una bacteria, o por el propio bacilo tuberculoso, que exigirán un trata-

miento específico. En nuestra serie, los valores de la bioquímica del LP, incluida el ADA, no resultaron útiles para discernir los casos en los que había infección de los que no. Habitualmente, el tratamiento conservador suele ser suficiente en el manejo de los SQ. Existen, sin embargo, dos circunstancias que obligan a un abordaje más agresivo como es la decorticación; por un lado, los SQ sintomáticos que precisan de continuas toracocentesis para el alivio sintomático; por otro, aquellos complicados con sobreinfección del LP por bacterias o micobacterias asociadas a FBP.

BIBLIOGRAFÍA

1. Coe JE, Aikawa JK. Cholesterol pleural effusions. Arch Intern Med 1961; 108: 763-774.
2. Rodríguez Glez-Moro JM, Izquierdo Alonso JL, Gómez Nebreda MJ, Rodríguez de Guzmán MC, Monturiol Rodríguez JM. Derrames pleurales colesterínicos. An Med Intern 1987; 4: 602-604.
3. Ribas Sola J, Ruiz Manzano J, Gallego Díaz M, Muñoz Rino F, Morera Prat J. Seudoquilotórax tuberculoso. Presentación de un caso con cultivo positivo para *Mycobacterium tuberculosis* y revisión de la literatura. Arch Bronconeumol 1995; 31: 80-82.
4. Schmid FG, De Haller R. Late exudative complications of collapse therapy for pulmonary tuberculosis. Chest 1986; 89: 822-827.
5. Hillerdal G. Chyliform pleural effusion. Chest 1985; 88: 426-428.
6. Goldman A, Burford TH. Cholesterol pleural effusions: a report of three cases with a cure by decortication. Dis Chest 1950; 18: 586-594.
7. Ferguson GC. Cholesterol pleural effusion in rheumatoid lung disease. Thorax 1966; 21: 577-582.
8. Light RW. Pleural diseases. Filadelfia: Lea and Fabiger, 1990; 279-281.
9. Sassoon CS, Light RW. Chylothorax and Pseudochylothorax. Clin Chest Med 1985; 6: 163-175.
10. Shan SA. State of the art. The pleura. Am Rev Resp Dis 1988; 138: 184-234.