

Derrame pleural bilateral y artritis reumatoide. Valor diagnóstico de la citología en líquido pleural

J. Jareño Esteban, M.J. Chillón Martín, F. Villegas Fernández, L. Callol Sánchez, R.M. Girón Moreno y F.J. Gómez de Terreros

Servicio de Neumología. Hospital Militar Universitario del Aire. Madrid.

Presentamos un caso de manifestación pleuropulmonar de artritis reumatoide (AR) en forma de derrame pleural bilateral de larga evolución en un paciente varón asintomático de 69 años de edad. Fue diagnosticado de AR a los 49 años de edad y recibió tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos y corticoides fundamentalmente durante las exacerbaciones. El examen del líquido pleural demostró un exudado con criterios de pseudoquilotórax con pH ácido y glucosa muy disminuida. El estudio citológico del líquido pleural demostró la presencia de células mononucleares características de esta entidad.

Palabras clave: Artritis reumatoide. Derrame pleural. Citología pleural.

Arch Bronconeumol 1996; 32: 145-147

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica de naturaleza autoinmune, caracterizada por afectación poliarticular y un curso progresivo y deformante. Las manifestaciones sistémicas, y entre ellas la del aparato respiratorio, son muy diversas, pudiendo estar afectadas las vías aéreas, parénquima pulmonar, vasos sanguíneos y espacio pleural siendo éstas las manifestaciones más frecuentes¹.

Presentamos el caso de un varón con AR y derrame pleural bilateral, diagnosticado mediante estudio citológico del líquido pleural.

Observación clínica

Paciente de 69 años de edad remitido a nuestro servicio por derrame pleural bilateral como hallazgo radiológico de un estudio preoperatorio de adenoma prostático. Entre sus antecedentes personales figuraba AR de 20 años de evolución, ex fumador con criterios clínicos de bronquitis crónica, prostatectomizado. Asintomático. Exploración física con matidez

Bilateral pleural effusion and rheumatoid arthritis. Diagnostic value of pleural fluid cytology

We present a 69 years old male patient diagnosed of rheumatoid arthritis (RA) with signs of pleuropulmonar disease. The diagnose of RA was done of 49 years and since then treated with non steroid antiinflammatory drugs and during the acute phases of RA with steroid drugs. The pleural effusions showed an exudate with pseudochilothorax criteria with acid pH acid low glucose concentrations. The citological study of the effusion demonstrated the presence of characteristic mononuclear cells.

Key words: Rheumatoid arthritis. Pleural effusion. Pleural cytology.

torácica a la percusión, voz egofónica y murmullo respiratorio abolido en ambas bases pulmonares. Presentaba nódulos subcutáneos en ambos codos con deformidad articular y desviación en ráfaga cubital de las articulaciones metacarpofalángicas de ambas manos. Analítica: hemograma, coagulación y sistemático de orina normales. VSG 55. Colesterol 268 mg/dl. Resto de parámetros bioquímicos normales. Proteinograma con aumento de alfa-2 globulina. Factor reumatoide, 1/397; autoanticuerpos ANA, 1/10; anti-ADN, ENAS y fenómeno LE, negativos; determinación de C3 y C4, normales. Proteína C reactiva positiva. Mantoux positivo (25 x 30) y baciloscopia en esputo negativa. ECG con BCRD. La radiografía de tórax (fig. 1) mostraba un derrame pleural bilateral. La tomografía axial computarizada de tórax (TC) evidenció un derrame pleural bilateral y nódulos de localización subpleural en ambos hemitórax. No se observaron adenopatías mediastínicas. La radiografía de las manos mostró deformidad y pinzamiento de la interlínea en articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas proximales. La gasometría arterial era normal. La espirometría CVF, 2.220 ml (89%); VEF1, 1.220 ml (62%); Tiffeneau 53, compatible con patrón ventilatorio obstructivo moderado. La difusión era normal.

La fibrobroncoscopia era normal, así como el broncoaspirado, el lavado broncoalveolar y la biopsia bronquial y transbronquial. La toracocentesis derecha mostraba líquido pleural de coloración blanquecina, celularidad escasa, hematíes 480/mm³, leucocitos 213/mm³ (60% linfocitos y 40% poli-

Correspondencia: Dr. J. Jareño Esteban, Avda. Plaza de Toros, 6. 1.º B. 28805 Alcalá de Henares.

Recibido: 13-3-95; aceptado para su publicación: 25-7-95.

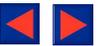


Fig. 1. Radiografía de tórax. Derrame pleural bilateral en paciente con artritis reumatoide.

morfonucleares). pH, 6.94; determinación bioquímica: glucosa, 7 mg/dl; proteínas totales, 5.7 mg/dl; LDH, 2.899 U; amilasa, 32 mg/dl; colesterol, 192 mg/dl; triglicéridos, 37 mg/dl, y ADA, 51 U; factor reumatoide, 1/83; fenómeno LE y ANA, negativos; cultivos para bacterias, hongos y micobacterias, negativos. La citología pleural evidenció fondo sucio granular amorfo con presencia de hematíes y neutrófilos, acompañándose de células de aspecto epitelioide: algunas de ellas gigantes multinucleadas, en las que no se observaron células sospechosas de malignidad (fig. 2). La biopsia pleural a ciegas informó histológicamente de pleuritis crónica inespecífica. La toracocentesis izquierda presentaba hallazgos similares a los citados con anterioridad. La punción torácica con aguja fina y control TC de nódulo pleuropulmonar mostró celularidad benigna, el estudio histológico era compatible con nódulo reumatoide.

Discusión

La AR es una enfermedad sistémica caracterizada por una inflamación crónica articular de predominio en manos. Las manifestaciones extraarticulares pueden aparecer a los 4 años de iniciada la enfermedad, especialmente en pacientes con AR muy severa y activa, con títulos elevados de FR, y presencia de inmunocomplejos circulantes^{2,3}. La afectación pleural es probablemente la manifestación torácica más frecuente, presentándose evidencia clínica en un 5% de los pacientes con enfermedad reumatoide. Es más frecuente en varones, generalmente asintomáticos, con una media de edad de 60 años y casi siempre asociada a nódulos reumatoides subcutáneos. En ocasiones el derrame pleural constituye la primera manifestación de la AR y precede a los síntomas articulares.

Su diagnóstico es generalmente radiológico, encontrándose en la radiografía de tórax un derrame pleural pequeño y unilateral; puede observarse en un 30% hallazgos en el parénquima pulmonar^{4,5}.

Los derrames pleurales típicamente son exudados, macroscópicamente serosos, amarillentos, turbidos o le-

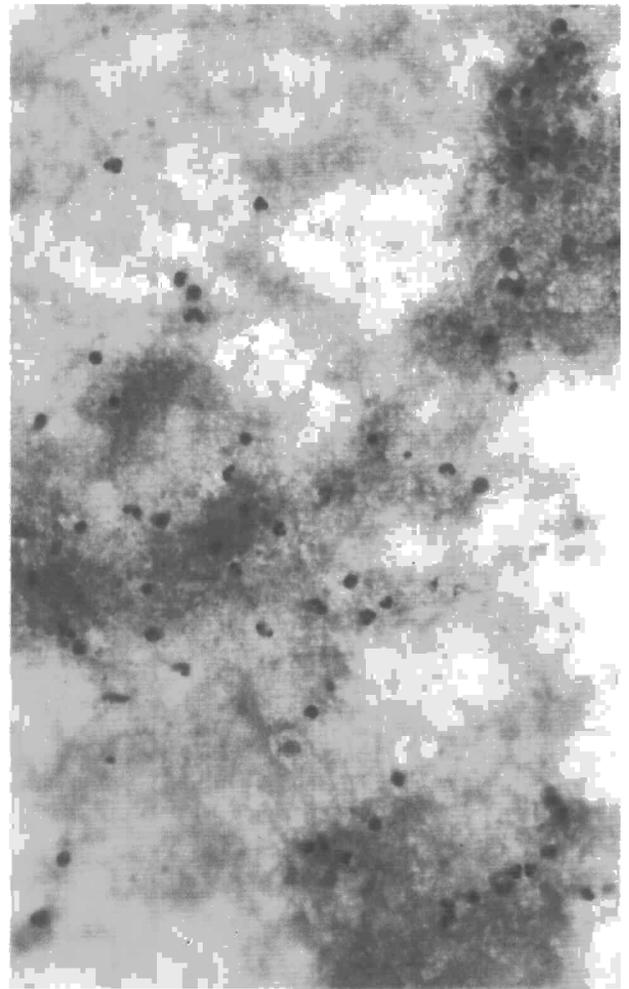
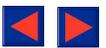


Fig. 2. Citología del líquido pleural. Fondo sucio granular amorfo con presencia de material con detritus.

chosos (ocasionalmente pseudoquilotórax). En el 80% de los pacientes^{4,6} se detectan pH disminuido y concentraciones bajas de glucosa. Estos hallazgos son compatibles con un derrame pleural por AR pero no son diagnósticos al tener que diferenciarlos de los derrames pleurales de origen infeccioso (empiemas, tuberculosis, hongos, etc.) y neoplásicos. Es preciso por ello recurrir a otros procedimientos diagnósticos⁷. Las primeras descripciones demostrando el valor diagnóstico de la citología en líquido pleural se deben a Nosanchuk y Naylor⁸, quienes establecieron las características citológicas del derrame pleural en pacientes con AR. Estos hallazgos consisten en presencia de macrófagos gigantes multinucleados, macrófagos elongados y alargados y de fondo existe un material amorfo granular. Estos hallazgos son similares a los encontrados en la sinovitis y en la pleuritis granulomatosa reumatoide. Los hallazgos citológicos constituyen una manifestación de la descamación y exfoliación de los nódulos reumatoides en el espacio pleural. Los hallazgos citológicos mencionados son específicos de la AR y no han sido encontrados en



otras etiologías, presentándose en el 50% de los pacientes con derrame pleural y AR⁹. Otros hallazgos citológicos han sido descritos en estos derrames como son las células RA (ragocytos), neutrófilos de pequeño tamaño, granulares, con inclusiones intracitoplasmáticas producidas por fagocitosis. Las células RA no son patognómicas de la AR dado que pueden ser observadas en otros derrames pleurales como los de origen tuberculoso o neoplásico. La mayoría de los autores considera que la biopsia pleural a ciegas no es específica en el derrame pleural reumatoide, presentando un bajo rendimiento debido a que la mayoría de los nódulos reumatoides se localizan en la pleura visceral¹⁰. No obstante, estos hallazgos contrastan con los resultados obtenidos por Faurschou et al, que demuestran mediante toracoscopia un alto rendimiento de la biopsia de pleura parietal^{11,12}.

En nuestra experiencia ante un derrame pleural exudativo, con glucosa y pH disminuidos, LDH elevada en paciente con AR, la citología pleural puede proporcionarnos el diagnóstico obviando exploraciones más agresivas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Herbert P, Wiedemann HP, Matthay RA. Pulmonary manifestations of systemic disease. *Clin Chest Med* 1989; 10: 677-703.
2. King TE. Connective tissue disease. *Interstitial Lung Dis* 1993; 271-276.
3. Hurd ER. Extraarticular manifestations of rheumatoid arthritis. *Semin Arthritis Rheum* 1979; 8: 151-176.
4. Sahn SA. The pleura. *Am Rev Respir Dis* 1988; 138: 184-234.
5. Joseph J, Sahn SA. Connective tissue diseases and the pleura. *Chest* 1993; 104: 262-270.
6. Sassoon CS, Light RW. Chylothorax and pseudochylothorax. *Clin Chest Medicine* 1985; 6: 163-171.
7. Jacobs TE, Hollingnorth HM, Nash G. Persistent bilateral effusions and fever in a 48 year old man. *Chest* 1993; 104: 1,597-1,599.
8. Nosanchuk JS, Naylor B. A unique cytologic picture in pleural fluid from patients with rheumatoid arthritis. *Am J Clin Pathol* 1968; 50: 330-335.
9. Naylor B. The pathognomonic cytologic picture of rheumatoid pleuritis. *Acta Cytol* 1990; 34: 465-473.
10. Sahn SA. Immunologic diseases of the pleura. *Clin Chest Med* 1985; 6: 83-102.
11. Faurschou P, Francis D, Faarup P. Thoracoscopic, histological and clinical findings in nine cases of rheumatoid pleural effusion. *Thorax* 1985; 40: 371-375.
12. Faurschou P. Thoracoscopy in rheumatoid pleural effusion. *Pneumologie* 1989; 43: 69-71.