

berculosa se basa en la prolongación del esquema tradicional hasta los 9-12 meses, junto a medidas de intervención ortopédica si existe compromiso en el canal medular, las cuales no fueron precisas en nuestro caso. No obstante, se describen complicaciones neurológicas entre un 30 y un 80% de las espondilodiscitis de esta etiología atribuibles al retraso diagnóstico y a la presencia de importantes destrucciones vertebrales con afectación de la médula espinal⁶.

Consideramos, pues, que en el estudio de derrames pleurales bilaterales de tipo exudado y de presentación alternante en el tiempo, además de valorar una base autoinmune, el temprano estudio por imagen del mediastino es fundamental para investigar procesos de afectación por vecindad, como el aquí presentado; en nuestra opinión, es de elección la RM dorsolumbar al explorar en un mismo tiempo el mediastino, los espacios subfrénicos, el retroperitoneo y la relación anatómica multiplanar entre todos ellos con la cavidad pleural.

M. González Luque*, J. Sedeño Díaz y F.J. Sánchez Lora

Servicio de Medicina Interna*. Neumología. Hospital de Antequera. Málaga.

1. Okuyama Y, Nakaoka Y, Kimoto K, Ozasa K. Tuberculous spondylitis (Pott's disease) with bilateral pleural effusion. *Intern Med* 1996; 35: 883-885.
2. Mateos-Colino A, Flórez Gutiérrez J, Monte Secades R. Derrame pleural asociado a osteomielitis vertebral. *Arch Bronconeumol* 1995; 31: 430-431.
3. Rothfield NF, Biere WF, Garfield JW. Isoniazid induction of antinuclear antibodies. A prospective study. *Ann Intern Med* 1978; 88: 650-652.
4. Sahn SA. The Pleura. State of the Art. *Am Rev Respir Dis* 1988; 138: 184-234.
5. Fiter J, Gómez Vaquero C, Nolla JM. Espondilodiscitis infecciosa. Perspectiva actual de un viejo problema. *Rev Esp Reumatol* 1999; 26: 91-99.
6. Roig Vilaseca D. Tuberculosis osteoarticular. *Rev Esp Reumatol* 1992; 19: 70-79.



Síndrome del "pulmón atrapado": una causa de derrame pleural recidivante

Sr. Director: El diagnóstico etiológico y el manejo terapéutico del derrame pleural es uno de los principales problemas con el que los neumólogos han de enfrentarse día a día. Las causas son múltiples, incluidas las derivadas de la cirugía cardíaca¹. Presentamos un caso de derrame pleural recidivante, secundario al llamado síndrome del pulmón atrapado, complicación frecuentemente ignorada y potencialmente prevenible de la cirugía cardíaca².



Fig. 1. TC torácica: derrame pleural derecho con engrosamiento pleural difuso.

Varón de 48 años, al que 5 meses antes de ingresar en nuestro servicio se le había diagnosticado una pericarditis constrictiva, por lo que se le practicó una pericardiectomía en otro hospital. En el postoperatorio inmediato presentó un drenaje pleural hemático, que se solventó con medidas conservadoras. Al mes de la intervención reingresó en el mismo hospital por disnea y derrame pleural hasta el tercio superior del hemitórax derecho. Fue dado de alta a las 24 h tras toracocentesis evacuadora de 1.300 ml de líquido seroso. Tras dos meses y medio ingresó en el servicio de neumología de nuestro hospital para estudio de un derrame pleural derecho. El líquido pleural presentó las siguientes características: glucosa 169 mg/dl, LDH 355 U/l, proteínas 2 g/dl, ADA 19 U/l, CEA 0,5 µg/l, leucocitos 4.000 (97% mononucleares, 0,3% polimorfonucleares). Los estudios microbiológicos para gérmenes habituales y micobacterias, así como las citologías, fueron negativos. El paciente fue dado de alta con el diagnóstico de pseudoexudado. Tras dos semanas ingresó de nuevo en nuestro servicio por disnea progresiva y persistencia del derrame pleural derecho. El líquido era amarillento, en el límite de las características exudativas, con predominio de células linfocitarias (glucosa 120 mg/dl, LDH 389 U/l, proteínas, 1,9 g/dl, ADA 19 U/l). Los estudios microbiológicos y citológicos siguieron siendo negativos. Se realizó una biopsia pleural con el diagnóstico final de fibrosis pleural. El ecocardiograma descartó constricción pericárdica. La TC torácica demostró un derrame pleural derecho con engrosamiento pleural difuso y una atelectasia compresiva del lóbulo inferior derecho (fig. 1). Se practicaron tres toracocentesis evacuadoras extrayéndose, respectivamente, 800, 700 y 500 ml de líquido. Las radiografías de tórax de control, practicadas a las 24 h revelaban un volumen de líquido similares a los de antes del drenaje. El diagnóstico final fue el de síndrome del pulmón atrapado. Se asumió este diagnóstico por el patrón clinicoradiológico en ausencia de un proceso tumoral o infeccioso, pese a que algunos autores emplean la medición de presiones pleurales para el diagnóstico de esta entidad³. El paciente se remitió a descorticación pleural.

El síndrome del pulmón atrapado constituye una causa pocas veces contemplada en el diagnóstico diferencial del derrame pleural. Cualquier proceso capaz de producir una respuesta fibrosa sobre la pleura visceral puede abocar a este síndrome. Las causas más frecuentemente descritas son neumotórax, hemotórax, tuberculosis pleural, cirugía torácica y cardíaca³. Todas ellas pueden llevar a la formación de una pleura engrosada, que impide la correcta expansión pulmonar. El aumento consecutivo de la negatividad de la

presión pleural favorece el desarrollo del derrame, al dificultar la reabsorción del líquido y facilitar la formación del mismo.

La característica principal es la de un derrame pleural en el límite de las características exudativas, con predominio de células linfocitarias, que recidiva rápidamente (24-48 h) hasta valores previos a las toracocentesis evacuadoras. El diagnóstico ha de establecerse por la sospecha clínica (antecedentes médicoquirúrgico descrito) y radiológica (evidencia de engrosamiento pleural), una vez descartadas otras posibles etiologías (infecciosa, neoplásica e insuficiencia cardíaca, fundamentalmente). En este caso, el antecedente de cirugía cardíaca fue clave para la sospecha diagnóstica. Las complicaciones pleuropulmonares asociadas a este tipo de cirugía se han descrito en diversas ocasiones. El tipo de intervención que más frecuentemente produce este síndrome es el de la cirugía de revascularización coronaria con arteria mamaria interna (AMI)⁴, en la que se necesita una pleurotomía. No es improbable que durante otro tipo de intervenciones (pericardiectomía en este caso) se produzcan desgarros pleurales, que pasan fácilmente desapercibidos. Estos desgarros conducirán a la aparición de un hemotórax. La falta de actuación precoz sobre el mismo, mediante un drenaje pleural, llevará al engrosamiento progresivo de las membranas pleurales.

A. Rodríguez, E. Castro y J. Allende
Servicio de Neumología. Hospital de León.

1. Matthay MA, Weiner-Kronish JP. Respiratory management after cardiac surgery. *Chest* 1989; 95: 424-434.
2. Kollef MH. Trapped-lung syndrome after cardiac surgery: a potentially preventable complication of pleural injury. *Heart Lung* 1990; 19: 671-675.
3. Gea J, Ballester E, Mayordomo C, Montserrat JM, Picado C, Agusti Vidal A. El síndrome del pulmón atrapado. Una causa infrecuente de derrame pleural crónico. *Med Clin (Barc)* 1985; 84: 825-827.
4. Marin H, Kollef MC. Chronic pleural effusion following coronary artery revascularization with the internal mammary artery. *Chest* 1990; 97: 750-751.