

su tamaño, incluso tras finalizar el tratamiento antituberculoso³. A veces es necesaria la resección de los tuberculomas mediante toracotomía o alternativamente toracoscopia⁵. Los beneficios de dicha resección incluyen el diagnóstico de certeza y diferencial, la determinación de futuras estrategias terapéuticas y la disminución de la dosis y duración del tratamiento con antituberculosos⁵. Como conclusión, decir que presentamos un caso de tuberculoma gigante como forma clínica atípica de primoinfección tuberculosa con buena evolución tras resección quirúrgica y tratamiento con antituberculostáticos.

Bibliografía

1. Curtis AB, Ridzon R, Vogel R, McDonough S, Hargreaves J, Ferry J, et al. Extensive transmission of Mycobacterium tuberculosis from a child. *N Engl J Med*. 1999;341:1491-5.
2. Smith KC. Tuberculosis in children. *Curr Probl Pediatr*. 2001;31:5-30.
3. Varteresian-Karanfil L, Josephson A, Fikrig S, Kauffman S, Steiner P. Pulmonary infection and cavity formation caused by Mycobacterium tuberculosis in a child with AIDS. *N Engl J Med*. 1988;319:1018-9.
4. Andreu J, Cáceres J, Pallisa E, Martínez-Rodríguez M. Radiological manifestations of pulmonary tuberculosis. *Eur J Radiol*. 2004;51:139-49.

5. Lee HS, Oh JY, Lee JH, Yoo CG, Lee CT, Kim YW, et al. Response of pulmonary tuberculomas to anti-tuberculous treatment. *Eur Respir J*. 2004;23:452-5.
6. Hsu KY, Lee HC, Ou CC, Luh SP. Value of video-assisted thoracoscopic surgery in the diagnosis and treatment of pulmonary tuberculoma: 53 cases analysis and review of literature. *J Zhejiang Univ Sci B*. 2009;10:375-9.

Isabel Delgado-Pecellín^{a,*}, Águeda Molinos-Quintana^b e Ignacio Obando-Santaella^b

^a Unidad de Neumología, Hospital Infantil Virgen del Rocío, Sevilla, España

^b Servicio de Infeccioso, Hospital Infantil Virgen del Rocío, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: idelpe@gmail.com (I. Delgado-Pecellín).

19 de julio de 2010 4 de agosto de 2010 6 de agosto de 2010

doi:10.1016/j.arbres.2010.08.005

Presentación no habitual del linfoma folicular

An Unusual Presentation of Follicular Lymphoma

Sr. Director:

La presencia de quilo en el espacio pleural define al quilotórax¹. Habitualmente se genera por una alteración en el trayecto del conducto torácico. Las neoplasias representan entre 30 y 50% de los casos, de los cuales, el linfoma no Hodgkin (LNH) es la patología más común². Incluso en los centros de concentración, el quilotórax es una patología poco frecuente, presentamos a su consideración el aún menos frecuente caso de un quilotórax bilateral.

Se trata de un hombre de 66 años de edad quien manifestaba 2 meses de evolución con dolor de tipo opresivo en hemiabdomen superior, plenitud posprandial inmediata, hiporexia y pérdida de peso de 10 kilogramos. Se sometió a esofagogastroendoscopia documentándose una hernia hiatal no deslizante. Recibió tratamiento sin mejoría. Un mes después, inicia con disnea al subir escaleras (MRC 1), en 3 semanas progresa al reposo (MRC 4), por lo cual acude para ser evaluado en nuestro hospital. A la exploración física se encontró derrame pleural bilateral confirmado en la radiografía de tórax, así como adenomegalias indoloras de 1 cm localizadas en la región submandibular y en la región

axilar derechas. Se realizó toracocentesis con biopsia pleural siendo los análisis histopatológicos y cultivos, incluyendo tinción ácido-alcohol resistente (BAAR) reportados como negativos. El análisis del líquido pleural (pH 7,4, proteínas 4,56 g/dl, lactato deshidrogenasa 93 UI/l, triglicéridos 1.137 mg/dl, colesterol 86 mg/dl) confirmó el quilotórax. La tomografía computarizada del tórax documentó además del derrame pleural, un aumento en la densidad (54 unidades Hounsfield) de las estaciones ganglionares 4 (R y L) y 7, cuyo diámetro mayor fue de 1 cm (fig. 1). La broncoscopia, lavado broncoalveolar y biopsia bronquial fueron negativos tanto a malignidad como al análisis microbiológico. Debido a la falta de resultados concluyentes se contempló realizar una mediastinoscopia. Sin embargo, se biopsió la adenomegalia axilar derecha. El análisis histopatológico mostró hiperplasia folicular linfoide (fig. 1) y la inmunohistoquímica fue positiva a BCL-6, BCL-2, CD 10, CD 20 y ciclina D1, estableciéndose el diagnóstico de linfoma folicular grado II.

Inició quimioterapia y por recidiva del derrame pleural se colocó sonda pleural e inició dieta con triglicéridos de cadena ramificada y nutrición parenteral total. Se egresó luego de dos semanas. Ha completado ocho ciclos de quimioterapia.

En la evaluación a dos meses, el paciente se encuentra estable, con recidiva del derrame pleural en un 10% del área torácica. El reto diagnóstico del quilotórax radica en la información recopilada

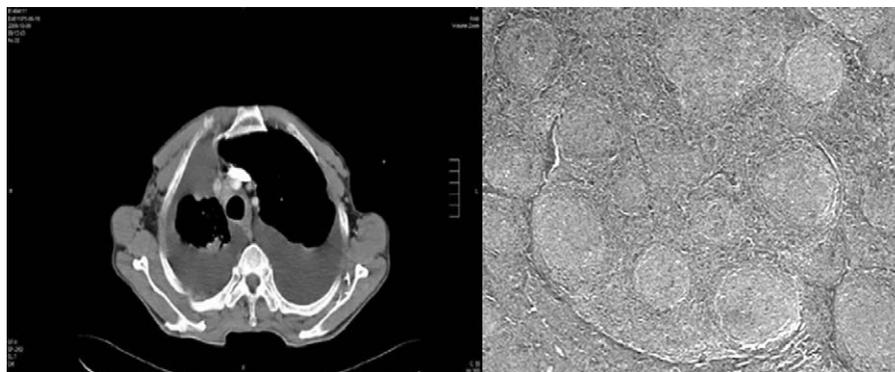


Figura 1. Panel izquierdo. Tomografía computarizada del tórax que muestra aumento en la densidad de la estación ganglionar 4 (R y L). Panel derecho. Corte histológico del ganglio axilar.

durante la evaluación inicial debido a las múltiples asociaciones etiológicas¹. Menos del 50% de los casos con quilotórax tienen el aspecto lechoso, por lo tanto, es crucial identificarlo para orientar el mecanismo adyacente y acortar el diagnóstico diferencial². El quilotórax puede ser el primer hallazgo de un linfoma, la presentación bilateral es excepcional^{3,4}. Típicamente son exudados linfocíticos, unilaterales y tan solo 1 de cada 10 tiene el aspecto lechoso⁵. Los mecanismos a través de los cuales se asocia quilotórax con linfomas pueden ser los siguientes: 1) infiltración pleural neoplásica; 2) obstrucción de ganglios linfáticos a nivel mediastinal por infiltración neoplásica, y 3) obstrucción tumoral del conducto torácico. La mortalidad en quilotórax no traumático ha disminuido y actualmente es menor del 40%, sin embargo, cuando se asocia a malignidad y se presenta de forma bilateral es considerado de peor pronóstico. Morel et al, informaron que la presencia de derrame pleural y estadios avanzados de la enfermedad (Ann Arbor III y IV) influían de manera adversa en la supervivencia. El tiempo promedio de supervivencia fue 111 meses⁶.

El interés de presentar este caso, obedece, no solo a la presentación inusual, sino a las dificultades diagnósticas. Con los antecedentes epidemiológicos y clínicos, la presencia de un quilotórax indicaba la probable existencia de un linfoma, diagnóstico elusivo ante los métodos iniciales (broncoscopia, biopsia pleural, PAAF). Sin embargo, una exploración física detallada, evitó un abordaje invasivo (mediastinoscopia). El diagnóstico de linfoma se basó en estudios de inmunohistoquímica y continúa siendo un reto para el patólogo. Así, la presencia de un quilotórax bilateral, aunque poco frecuente, también puede asociarse con un linfoma. El acceso a un grupo ganglionar puede ser la clave en el diagnóstico y en la posibilidad de salud en nuestros pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores agradecen al Ingeniero en electrónica Baltazar Cortés por su apoyo en la corrección y formato de imágenes.

Bibliografía

1. Doerr CH, Allen MS, Nichols 3rd FC, Ryu JH. Etiology of chylothorax in 203 patients. *Mayo Clin Proc.* 2005;80:867-70.
2. Skouras V, Kalomenidis I. Chylothorax: diagnostic approach. *Curr Opin Pulm Med.* 2010;16:387-93.
3. Fairfax AJ, McNabb WR, Spiro SG. Chylothorax: a review of 18 cases. *Thorax.* 1986;41:880-5.
4. Cheson BD. Staging and evaluation of the patient with lymphoma. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2008;22:825-37.
5. Romero S. Nontraumatic chylothorax. *Curr Opin Pulm Med.* 2000;6:287-91.
6. Morel P, Dupriez B, Plantier-Colcher I, Gosselin B, Declercq C, Pollet JP. Long-term outcome of follicular low-grade lymphoma. A report of 91 patients. *Ann Hematol.* 1993;66:303-8.

Arturo Cortés Télles* y Ricardo Sandoval

Departamento de Neumología Clínica, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Dr. Ismael Cosío Villegas, México D.F., México

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dr.morenheim@hotmail.com
(A. Cortés Télles).

On-line el xxx16 octubre 2010

doi:10.1016/j.arbres.2010.07.008