

TABLA I
Características microbiológicas de los pacientes

Paciente	Referencia	Antecedente de TBC			Proceso actual		
		Forma clínica	Años*	Tratamiento	BK-LP**	L-LP***	ADA
1	5	Pulmonar	34	Colapsoterapia	(-)	(-)	ND
2	6	Pleural	ND	Colapsoterapia	(-)	(+)	18
3	7	Pulmonar	40	Colapsoterapia	ND	ND	ND
4	8	Pulmonar	ND	Colapsoterapia	(-)	(+)	70
5	9	Pulmonar	50	Colapsoterapia + TT	(-)	(+)	147
6	9	Pleural	8	TT	(-)	(-)	49
7	9	Pulmonar	30	Colapsoterapia + TT	(-)	(-)	177
8	9	Pulmonar	28	Colapsoterapia + TT	(-)	(+)	61
9	9	Pulmonar	28	Colapsoterapia + TT	(-)	(-)	317
10	EC	Pleuropulmonar	15	TT	(-)	(+)	14,8

*Años que han pasado desde el diagnóstico inicial, en relación con el proceso actual. **Baciloscopia del líquido pleural. ***Resultado del cultivo en medio de Löwenstein del líquido pleural. ADA: adenosindesaminasa; TBC: tuberculosis; TT: terapia tuberculostática; (-): baciloscopia o cultivo negativo; (+): baciloscopia o cultivo negativo; ND: no documentado; EC: este caso.

edad y se resuelve con el cambio del circuito. Como característica peculiar del caso que presentamos, en este paciente el derrame aparece a los 21 años de edad y hay una relación directa con el recambio completo del sistema de drenaje y la consiguiente malposición intratorácica. Esto probablemente fue debido a la difícil tunelización del catéter en un paciente con importantes malformaciones torácicas secundarias a su patología ósea.

En la actualidad, 8 meses después, se encuentra asintomático, su derrame pleural ha remitido completamente y su DVP funciona con normalidad.

Las complicaciones torácicas de la DVP son raras pero potencialmente graves. Hemos presentado el caso de un paciente con derrame pleural masivo secundario a la migración intratorácica del extremo distal del catéter de la DVP. Tras un recambio del circuito de la DVP por un episodio de obstrucción y sepsis de origen abdominal, el paciente desarrolló un derrame pleural derecho persistente a pesar del tratamiento. Una vez comprobada por técnicas de imagen la malposición del catéter, éste se sustituyó en su extremo distal resolviéndose el derrame.

S. Mayorlas Alises, F. González Lorenzo y S. Díaz Lobato

Servicio de Neumología.
Hospital Universitario La Paz. Madrid.

- Milharek TM. Hydrocephaly. En: Vinken PJ, editor. Handbook of clinical neurology. Malformations. Amsterdam: Elsevier Science Publishers BW, 1987; 6: 285-330.
- Taub E, Lavynne MH. Thoracic complications of ventriculoperitoneal shunts: case report and review of the literature. Neurosurgery 1994; 34: 181-183.
- Menguy E. Pneumothorax after ventriculoperitoneal shunt procedure. Ann Fr Anesth Reanimation 1986; 5: 615-616.
- Johnson MC, Maxwell MS. Delayed intrapleural migration of a ventriculoperitoneal shunt. Child's Nerv Syst 1995; 11: 348-350.
- Martin LM, Donaldson ME. Cerebrospinal fluid hydrothorax caused by transdiaphragmatic migration of ventriculoperitoneal catheter through the foramen of Bochdalek. Child's Nerv Syst 1997; 13: 282-284.
- Doh JW. Hydrothorax from intrathoracic migration of a ventriculoperitoneal shunt catheter. Surg Neurol 1995; 43: 340-343.

Seudoquilotórax tuberculoso con adenosindesaminasa normal

Sr. Director: El seudoquilotórax es una causa infrecuente de derrame pleural en cuya patogenia parece desempeñar un papel importante la acumulación de productos de degradación de leucocitos y hematíes en el líquido pleural^{1,2}. En nuestro medio se debe generalmente a la presencia de un derrame pleural crónico en pacientes con tuberculosis (TBC), que previamente fueron tratados con colapsoterapia. El diagnóstico del derrame pleural suele ser casual, porque generalmente cursa de forma asintomática. La búsqueda de *Mycobacterium tuberculosis* en el líquido

pleural suele ser negativa. En estos casos, la determinación de la actividad de la enzima adenosindesaminasa (ADA) puede ser de ayuda diagnóstica³. En la revisión de la bibliografía nacional de la última década hemos encontrado únicamente 9 casos de seudoquilotórax, en cuatro de los cuales el cultivo en medio de Löwenstein fue positivo. Presentamos un nuevo caso de seudoquilotórax tuberculoso confirmado mediante cultivo con ADA normal, constituyendo, por tanto, un falso negativo de esta determinación.

Varón de 63 años con antecedentes de tabaquismo de 48 paquetes/año y enolismo de 80 g/día, diagnosticado unos 15 años antes de una TBC pleuropulmonar, que fue tratada con isoniacida y rifampicina, que abandonó a los 2 meses. Pasados 2 años de este episodio, ingresó por un cuadro de pancreatitis aguda y en la radiografía de tórax se objetivó un pinzamiento del seno costofrénico derecho, que se etiquetó de residual a un proceso pleural específico. Hace unos 8 años acudió a urgencias por un dolor torácico y en la radiografía de tórax persistía dicha alteración. En junio de 1997 ingresó por un cuadro de tos con expectoración mucopurulenta y disnea de esfuerzo progresiva de un mes y medio de evolución. En la exploración física únicamente destacaban los signos de un derrame pleural en la base derecha. En la radiografía de tórax se objetivó un derrame pleural derecho de pequeña cuantía. La prueba de Mantoux con 2 UT de RT-23 fue positiva. Se realizó una toracocentesis, obteniéndose un líquido de aspecto lechoso con los siguientes resultados: proteínas 57 g/l, glucosa 1,2 mmol/l, 30 leucocitos/mm³ con un 90% de mononucleares, ADA 15 U/l, LDH 1.290 U/l, triglicéridos 0 mmol/l y colesterol 40 mmol/l. La baciloscopia, citología e inmunología (complemento y factor reumatoideo) del líquido pleural fueron normales o negativas. El resultado de la biopsia pleural fue de fibrosis y pleuritis crónica inespecífica. La tomografía computarizada (TC) torácica evidenció un parénquima pulmonar normal, con mediastino libre y pequeño derrame pleural derecho. Posteriormente, el cultivo en medio de Löwenstein del líquido pleural resultó positivo para *Mycobacterium tuberculosis*, por lo que se inició tratamiento con isoniacida y rifampicina. Tras 9 meses de

tratamiento el paciente estaba clínicamente asintomático y, aunque persistía la imagen radiológica de derrame, el cultivo posterior fue negativo.

En relación con los derrames pleurales, la determinación de la actividad de ADA se basa en su aplicación en el diagnóstico diferencial de las distintas causas de los mismos, de forma que valores superiores a 43 U/l son indicativos de TBC, aunque valores normales no la descartan^{3,4}. Se ha establecido, para estos valores, una sensibilidad y especificidad próximas a 1⁵. Sin embargo, estudios más recientes encuentran una sensibilidad del 60%, que puede aumentar al 72% con una segunda determinación⁶. Puede haber falsos positivos enempiemas, artritis reumatoidea, lupus eritematoso sistémico, seudoquistes pancreático, linfomas y metástasis de adenocarcinoma^{2,4}. Al ser el seudoquilotórax un derrame pleural crónico, tanto la confirmación bacteriológica como histológica son infrecuentes o, en los mejores casos, tardías, revelándose la determinación de ADA como una importante ayuda diagnóstica. Revisando la bibliografía nacional de los últimos 10 años hemos encontrado referencias a 9 casos de seudoquilotórax^{6,10}, cuyas relaciones con la tuberculosis quedan reflejadas en la tabla I, en la que hemos añadido este caso (paciente 10). En todos los casos hay antecedentes de tuberculosis pulmonar o pleural previa y en ocho se realizó tratamiento con colapsoterapia. De los 10 casos de la tabla I, en cinco el cultivo en medio de Löwenstein del líquido pleural fue diagnóstico, incluido este caso. La actividad de ADA fue determinada en 8 pacientes, siendo superior a 43 U/l en el 75% de los casos, con dos, incluido el nuestro, en los que el ADA fue falsamente negativo.

En lo referente al manejo de estos pacientes, no se aconseja la realización de toracocentesis evacuadoras repetidas por el riesgo de desarrollar un empiema o una fístula broncopleural¹. En los pacientes en los que se aísle *Mycobacterium tuberculosis* o con antecedentes de TBC no tratada correctamente, diversos autores aconsejan iniciar un tratamiento específico únicamente con isoniacida y rifampicina, dada la baja población bacilífera en dichos derrames, con lo que no suele conseguirse la resolución del derrame, pero sí una mejoría