



- zing pneumonia. Q J Med 1983; 52: 382-394.
4. Pacheco A, Fogue L, Vidal R, Delgado E, García Rull S, Pérez E, Sueiro A. Bronchiolitis obliterante: análisis clinicomorfológico en 12 casos. Libro de Congresos. XXVI Congreso SEPAR. Sevilla. 20-24 abril de 1993. Arch Bronconeumol 1993; 29: 47.
  5. Epler GR, Colby TV, McLoud TC, Carrington CB, Gaensler EA. Bronchiolitis obliterans organizing pneumonia. N Engl J Med 1985; 312: 152-158.
  6. Geddes DM. BOOP and COP. Editorial. Thorax 1991; 46: 545-547.
  7. Du Bois RM, Geddes DM. Obliterative bronchiolitis, cryptogenic pneumonitis and bronchiolitis obliterans organizing pneumonia: three names for two different conditions [editorial]. Eur Respir J 1991; 4: 774-775.

### Derrame pleural asociado a osteomielitis vertebral

**Sr. Director:** La osteomielitis vertebral (OV) es una infección monobacteriana siendo el *S. aureus* el germen más frecuentemente aislado<sup>1</sup>. Existe un gran polimorfismo clínico en su presentación. Entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico pueden superarse 6-8 semanas<sup>2</sup>. El dolor a la presión en apófisis espinosas es el hallazgo clínico más importante<sup>3</sup>. La VSG es el marcador analítico más útil en cuanto al diagnóstico y seguimiento. La TAC ha demostrado ser de gran utilidad en la OV siendo el aislamiento microbiológico a partir de cultivo tisular el diagnóstico de certeza<sup>4</sup>. La antibioterapia prolongada (4-6 semanas) más inmovilización es la actitud terapéutica más aceptada. Presentamos un caso de OV que se inició como dolor costal, hipoxemia y derrame pleural bilateral.

Paciente de 61 años con diabetes mellitus tipo II que cuatro días antes de ingresar presentó bruscamente dolor pleurítico en hemitórax izquierdo, escalofríos y disnea. Se trató inicialmente con amoxicilina/clavulánico oral siendo remitido a nuestro centro por persistencia de sintomatología. Al ingreso presentaba temperatura de 38,2 °C, hipofonía en base pulmonar izquierda y la presión en parrilla costal izquierda era dolorosa. El resto de la exploración era normal. Analicamente destacaba una glucemia de 251 mg/dl y una VSG de 52 mm siendo resto de bioquímica y hemograma normales. La pO<sub>2</sub> era 60 mm, la pCO<sub>2</sub> 20 mm y el pH de 7,47. La radiografía de tórax presentaba derrame pleural izquierdo sin otras alteraciones. La toracocentesis demostró un líquido pleural con criterios de exudado y predominio de LPN; el cultivo del líquido pleural fue negativo y la citología no demostró celularidad neoplásica. La gammagrafía de ventilación/perfusión fue de baja probabilidad para embolismo pulmonar; 48 horas después del ingreso se extrajeron tres hemocultivos por pico febril aislándose *S. aureus*. Se inició tratamiento con cloxacilina sospechándose bacteriemia por catéter. El paciente continuó con intenso dolor costal izquierdo y el derrame pleural se hizo bilateral. Dos semanas después de iniciado el tratamiento antibiótico se retiró éste presentando el paciente fiebre pocas horas después. De nuevo se aisló *S. aureus* en 3/3 hemocultivos. Ante la sospecha de OV se realizó TAC que demostró derrame pleural bilateral y marcada destrucción de D8 sin afectación del canal medular (fig. 1). La PAAF con aguja de Craig obtuvo material de la vértebra afectada del cual se aisló *S. aureus*. Se reinició tratamiento con cloxacilina manteniéndose éste durante 6 semanas. Al alta el derrame pleural había desaparecido totalmente y el paciente presentaba dolor costal ocasional.

La sospecha clínica inicial en nuestro paciente fue de TEP, siendo este diagnóstico de

baja probabilidad en la gammagrafía. La bacteriemia por *S. aureus* inicialmente se atribuyó a contaminación por el catéter y se inició tratamiento antibiótico en este sentido. Se excluyeron razonablemente otras patologías: neoplásica, tuberculosis, colagenosis, etc., mediante estudios analíticos, endoscópicos, bacteriológicos, así como de citología y biopsia pleural. La recurrencia de la fiebre al retirar antibióticos hizo pensar en una OV como foco de la bacteriemia.

La presencia de derrame pleural estéril en la OV es excepcional. Han sido descritos 2 casos en la literatura<sup>5,6</sup>. Pensamos que el dolor costal intenso se debe a compresión de raíces nerviosas y que la hipoxemia es secundaria a restricción respiratoria antiálgica. El derrame pleural es consecuencia de irritación pleural por proceso infeccioso contiguo.

Comunicamos este caso para hacer hincapié en la variabilidad clínica de presentación de la OV y la necesidad de un exhaustivo estudio de la columna vertebral ante un derrame pleural de origen desconocido.

A. Mateos-Colino, J. Flórez Gutiérrez\*  
y R. Monte Secades

\*Sección de Neumología.  
Servicio de Medicina Interna.  
Hospital Xeral-Calde de Lugo.

1. Salpico FL, Montgomerie JZ. Vertebral Osteomyelitis. Infec Dis North Am Vol 4 Sept 1990; 539-550.
2. Gómez Rodríguez N, Martínez Vázquez C, Sopena B, Portela J, Carbajo M, Gueirra V, Arasa X, Barrio Gómez E. Espondilitis no tuberculosa. Estudio multicéntrico de 19 casos. Rev Clin Esp 1989; 289-296.
3. Stauffer RN. Pyogenic vertebral osteomyelitis. Orthop Clin North Am 1975; 6: 1.015-1.027.
4. Duquenooy A, Delcambre B, Duquesnoy B, Bar P. Elements cliniques et radiogra-

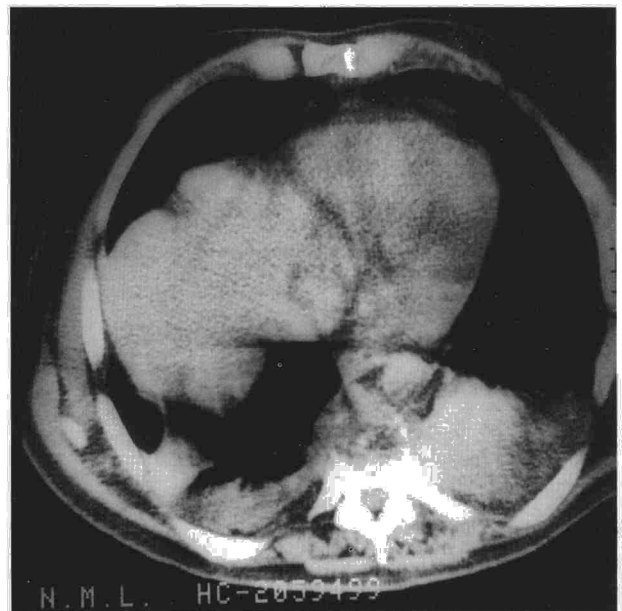
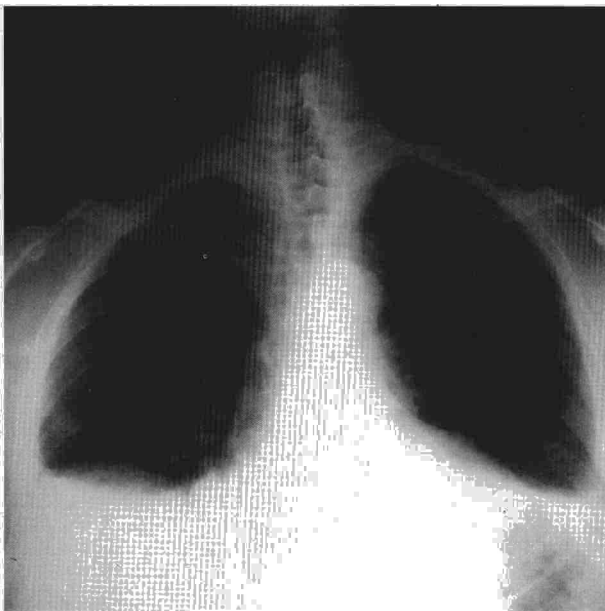


Fig. 1. Radioscopia PA y TAC torácicas correspondientes al caso citado en el texto.



- piques du diagnostic des spondylodiscites. Intérêt de la ponction discale a propos de 44 cas. Rev Chir Orthop 1979; 65: 64-65.
5. Sullivan PJ, Currie D, Collins JV, Johnstone DJ, Morgan A. Vertebral osteomyelitis presenting with pleuritic chest pain and bilateral pleural effusion. Thorax 1992; 47: 395-396.
  6. Carr AJ, Crow PG. Vertebral osteomyelitis presenting with abdominal pain and pleural effusion. J R Coll Surg Edinb 1987; 32: 373.

### Seudoquilotórax o derrames pleurales colesterinicos

**Sr. Director:** Hemos leído con interés el artículo publicado por Ribas Solas et al<sup>1</sup> sobre el pseudoquilotórax tuberculoso. En las referencias bibliográficas del citado trabajo no se ha recogido un número significativo de casos que han sido publicados en la literatura nacional. Entre las referencias omitidas está la casuística de 6 enfermos de nuestro servicio, que constituye la serie más amplia de la que tengamos conocimiento. Por este motivo, desearíamos hacer unos comentarios que contribuyan a un mejor conocimiento de este tipo de derrame pleural.

El pseudoquilotórax, también conocido como derrame pleural colesterinico, se caracteriza por estar constituido por un líquido muy rico en colesterol, con cifras de triglicéridos en general por debajo de 50 mg/dl y con ausencia de quilomicrones (estos últimos datos lo diferencian bioquímicamente del "verdadero quilotórax"). Se trata de una entidad infrecuente, pero conocida en España desde hace años, ya que el primer caso fue publicado por López Sendón<sup>2</sup> en el año 1958. Desde esta comunicación inicial, he-

mos encontrado publicados en nuestro país alrededor de una docena de casos<sup>3-4</sup>, entre los que se incluyen los reseñados en la bibliografía aportada por Ribas Sola<sup>1</sup> y los 6 enfermos que pertenecen a la casuística de nuestro servicio<sup>6-7</sup>. Los casos publicados por nosotros eran pacientes varones, con edades entre 28 y 64 años, teniendo todos los casos el antecedente de haber padecido una tuberculosis que se remontaba a una antigüedad de entre 8 y 47 años. En tres de los enfermos se añadía el antecedente de un tratamiento con colapsoterapia (neumotórax terapéutico). El motivo de consulta fue en 3 casos la existencia de una sintomatología de carácter infeccioso no relacionada con el derrame, en dos la aparición de un dolor torácico y en otro constituyó un hallazgo casual. La radiografía de tórax mostró la existencia de un derrame pleural unilateral, en algún caso de aspecto encapsulado, siendo constantes los engrosamientos y calcificaciones pleurales. La coloración del líquido fue variable, y aparecía como característica habitual la existencia en el estudio microscópico en fresco de abundantes cristales de colesterol y la ausencia de células. En el análisis bioquímico del líquido pleural encontramos cifras de colesterol elevadas, entre 695 y 1.650 mg/dl, con normalidad de las cifras sanguíneas. En ningún caso se aisló *M. tuberculosis* en líquido pleural, pero en uno de nuestros pacientes encontramos cultivo positivo de *M. tuberculosis* en el esputo y se instauró el tratamiento oportuno. Un enfermo presentó, probablemente como complicación iatrogénica, una infección del derrame por *E. coli* que se resolvió con tratamiento antibiótico y drenaje pleural. Otro enfermo presentó una fístula broncopleural observándose cristales de colesterol en el esputo (se cerró espontáneamente). En cuanto al tratamiento, el drenaje evacuador no solucionó el problema a ninguno de los en-

fermos a los que se les efectuó, siendo lo habitual que el líquido se reaccumule rápidamente. Dado que se trata de derrames crónicos, en general aceptablemente tolerados y en los que el abordaje quirúrgico (decortificación) es bastante problemático, creemos que lo más recomendable es una actitud conservadora.

**J.M. Rodríguez González-Moro  
y J.L. Izquierdo Alonso\***

Servicio de Neumología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.  
\*Sección de Neumología. Hospital Universitario de Gualadajara.

1. Ribas Sola J, Ruiz Manzano J, Gallego Díaz F, 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.
2. López Sendón JL. Pleuritis colesterinica. Rev Clin Esp 1958; 70: 106-109.
3. Barbera Mir JA, Medina Fernández-Aceituno C, Vallejo Galbete J, González Mangado N, Lahoz Navarro F. Derrame pleural colesterinico. Rev Clin Esp 1985; 176: 372-373.
4. Ayensa Dean C, Muñoz Fernández J, Pérez Martín M, Lazarraga S. Pleuritis colesterinica. Med Clin 1982; 78: 352.
5. Monturiol Rodríguez JM, García Amado JA, Hernández Fernández J, Artalejo F, Serrano Saiz. Pleuresias colesterinicas. Hospital General 1978; 18: 31-42.
6. Rodríguez González-Moro JM, Izquierdo Alonso JL, Rodríguez de Guzmán MC, Monturiol Rodríguez JM. Derrames pleurales colesterinicos. An Med Intern 1987; 4: 602-604.