



phiques 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 al¹ 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 Sendón² en el año 1958. Desde esta comunicación inicial, he-

mos encontrado publicados en nuestro país alrededor de una docena de casos³⁻⁴, entre los que se incluyen los reseñados en la bibliografía aportada por Ribas Sola¹ y los 6 enfermos que pertenecen a la casuística de nuestro servicio⁶⁻⁷. 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 (decortización) 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.