

# Seudoquilotórax tuberculoso. Presentación de un caso con cultivo positivo para *Mycobacterium tuberculosis* y revisión de la literatura

J. Ribas Sola, J. Ruiz Manzano, M. Gallego Díaz, F. Muñoz Rino y J. Morera Prat

Servicio de Neumología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona.

El seudoquilotórax es una forma muy infrecuente de derrame pleural. Aparece en derrames pleurales de larga evolución, por lo general de más de 5 años. Las causas más frecuentes son la pleuritis tuberculosa y el derrame pleural asociado a la artritis reumatoide.

Se presenta el caso de un enfermo con un derrame pleural de más de 20 años de evolución que corresponde a un seudoquilotórax con cultivo del líquido positivo para *Mycobacterium tuberculosis*.

**Palabras clave:** *Seudoquilotórax. Pleuritis tuberculosa.*

*Arch Bronconeumol 1995; 31: 80-82*

La obtención de un líquido pleural de aspecto lechoso tras una toracocentesis diagnóstica debe hacer que se plantee la posibilidad de que se trate de un seudoquilotórax. Las otras dos opciones son el quilotórax y el empiema. Si después de centrifugar el líquido, éste persiste opaco, con toda probabilidad nos encontramos ante un derrame pleural con elevado contenido en lípidos, debiendo entonces establecerse el diagnóstico diferencial entre quilotórax y seudoquilotórax<sup>1</sup>. Con este propósito debe determinarse la concentración de triglicéridos en el líquido pleural. Si la concentración de triglicéridos es  $> 110$  mg/dl con toda probabilidad nos encontramos ante un quilotórax, que resulta de la acumulación de quilo en el espacio pleural secundariamente a la rotura o interrupción del conducto torácico. Si la concentración de triglicéridos es  $< 50$  mg/dl no estamos frente a un quilotórax. Las concentraciones intermedias entre 50 y 110 mg/dl no permiten efectuar un diagnóstico, siendo entonces necesario realizar una electroforesis de las lipoproteínas del líquido: la ausencia de quilomicrones excluye de forma definitiva la posibilidad de quilotórax<sup>1</sup>.

Correspondencia: Dr. J. Ruiz Manzano. Servicio de Neumología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. 08916 Badalona.

Recibido: 30-5-94; aceptado para su publicación: 20-6-94.

Tuberculous pseudo chylothorax. A case with a positive *Mycobacterium tuberculosis* culture and a review of the literature

Pseudo chylothorax is a rare form of pleural effusion. It appears in long-term effusions, generally those lasting more than 5 years. The most frequent causes are tuberculous pleuritis and pleural effusion secondary to rheumatoid arthritis.

We describe a patient with pleural effusion lasting over 20 years who developed pseudo chylothorax and *Mycobacterium tuberculosis* in fluid culture.

**Key words:** *Pseudo chylothorax. Tuberculous pleuritis.*

El seudoquilotórax aparece en derrames pleurales de larga evolución, generalmente alrededor de un mínimo de 5 años, y se caracteriza por la presencia de cristales de colesterol o en su defecto por una concentración de colesterol elevada, generalmente superior a los 150 mg/dl<sup>2</sup>. El origen de esta elevada concentración de colesterol no se conoce con total certeza, aunque se supone que es debida a la acumulación de productos de degradación de los hematíes y leucocitos presentes en el líquido pleural<sup>3</sup>. Debido a que el derrame pleural es de larga evolución, la pleura subyacente generalmente aparece engrosada o calcificada.

## Caso clínico

Varón de 68 años, fumador de 20 cigarrillos/día hasta los 58 años. Como antecedentes patológicos presentaba: fiebre tifoidea, úlcus pilórico intervenido y accidente cerebrovascular isquémico. A los 20 años fue diagnosticado de tuberculosis pulmonar, practicándose neumotórax terapéutico derecho y al cabo de un año neumotórax terapéutico izquierdo. A los 30 años se detectó por vez primera derrame pleural izquierdo, sin practicarse toracocentesis. Recibió tratamiento con hidrazidas y estreptomycin durante un número no determinado de meses.

El motivo de consulta fue disnea de esfuerzo lentamente progresiva de más de un año de evolución. No refería cuadro febril ni síndrome tóxico.

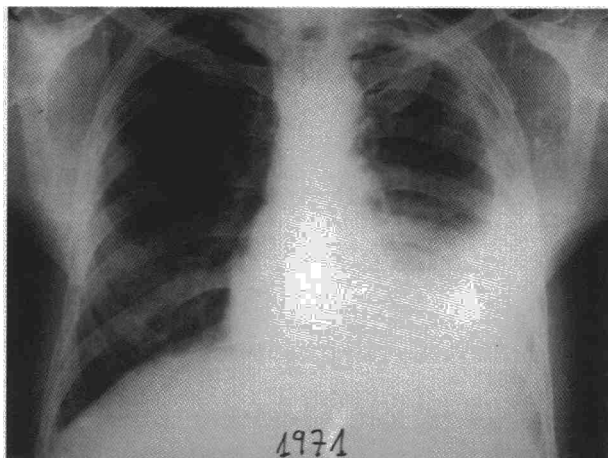


Fig. 1. Radiografía de tórax de 1971 que muestra engrosamiento pleural izquierdo y derrame pleural ipsilateral.

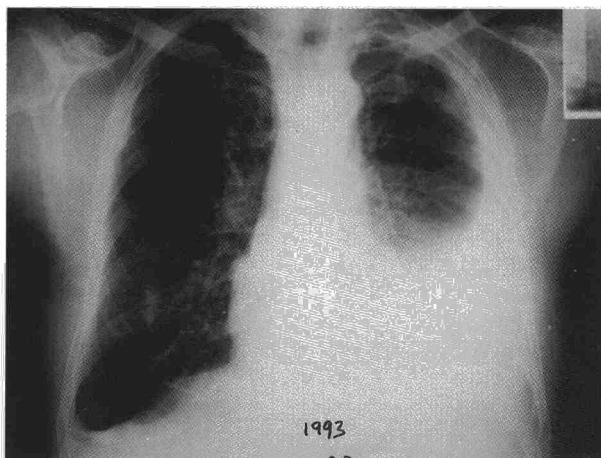


Fig. 2. Radiografía de tórax de 1993 que no muestra variaciones significativas respecto a la previa.

A su ingreso, el paciente estaba afebril, con tensión arterial de 110/80 mmHg. De la exploración física únicamente destacaba semiología de derrame pleural izquierdo. La radiografía de tórax practicada en el momento del ingreso mostró cambios crónicos bilaterales, engrosamiento pleural derecho y derrame pleural izquierdo acompañado de engrosamiento pleural ipsilateral (fig. 1). El paciente aportó radiografía de tórax practicada 21 años antes que ya mostraba la presencia de derrame pleural izquierdo de tamaño similar al actual (fig. 2). De la analítica ordinaria destacaba únicamente una VSG de 102 mm en la primera hora y una hipercolesterolemia de 315 mg/dl. La determinación de factor reumatoide fue negativa y la reacción tuberculínica resultó positiva. Se practicó una toracocentesis diagnóstica que dio salida a un líquido de aspecto lechoso que correspondió a un exudado con proteínas totales de 55 g/l, glucosa 50,4 mg/dl, LDH 864 U/l y ADA 70 U/l. La celularidad era escasa: 496 células/ $\mu$ l, que correspondían a 459 hematíes y 37 leucocitos. La relación LDH líquido pleural/LDH plasmática era de 6 y la relación proteínas líquido pleural/proteínas plasmática era de 0,7. La determinación de lípidos mostró triglicéridos de 37 mg/dl y colesterol de 155 mg/dl. El análisis electroforético de las lipoproteínas del líquido pleural objetivó la presencia de colesterol y la ausencia de quilomicrones. Los cultivos del líquido en agar-sangre y medio de Sabouraud resultaron negativos. La baciloscopia del líquido pleural fue negativa y en el cultivo de Löwenstein se aisló *Mycobacterium tuberculosis*. Se instauró tratamiento antituberculoso con un esquema 2 REZ/10 RE. El paciente falleció a los 10 meses de iniciado el tratamiento por cardiopatía isquémica. En ese momento la radiografía de tórax mostraba pocos cambios.

## Discusión

El pseudoquilotórax es una causa muy poco frecuente de derrame pleural<sup>4</sup>. En una serie española publicada en 1988, de 433 casos de derrame pleural en los que se extrajo líquido para su análisis, ninguno resultó ser un pseudoquilotórax<sup>5</sup>. El pseudoquilotórax aparece en la evolución de derrames pleurales antiguos, por lo general de 5 años como promedio, y se han descrito intervalos de hasta 15 años<sup>2</sup>. Las causas más frecuentes que originan el derrame pleural primitivo son la

tuberculosis y la artritis reumatoide, existiendo otras causas más raras (sífilis, diabetes, alcoholismo, neoplasias y paragonimiasis)<sup>2</sup>.

Por lo general, la tercera parte de los pacientes están asintomáticos, y los síntomas se relacionan, en los casos en los que están presentes, con la enfermedad subyacente y con el deterioro de la función pulmonar producido por el derrame pleural y/o la pleura engrosada o calcificada. El pseudoquilotórax suele ser unilateral, aunque se han comunicado casos en los que resultaba ser bilateral<sup>2</sup>. En la mayoría de casos el pseudoquilotórax es estéril, siendo muy raro aislar *Mycobacterium tuberculosis* a partir de estos exudados<sup>6</sup>. Revisando la literatura de los últimos 10 años, son muy escasas las referencias al pseudoquilotórax de etiología tuberculosa. Así, en una serie sueca publicada en 1985<sup>6</sup> se recogen 11 casos de pseudoquilotórax de origen tuberculoso, existiendo en todos los casos el antecedente de neumotórax terapéutico muchos años antes. De los 11 casos, sólo en uno se aisló *Mycobacterium tuberculosis* a partir del líquido. Existe otra serie publicada en 1986<sup>7</sup> que revisa las complicaciones exudativas tardías de la colapsoterapia para el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. De 16 casos sólo se aisló el bacilo tuberculoso en uno de ellos, no correspondiendo a un pseudoquilotórax sino a un empiema tuberculoso. Del resto de los casos descritos en esta serie ninguno corresponde a un pseudoquilotórax, siendo el hallazgo más frecuente exudados infectados por microorganismos piógenos a partir de fístulas bronco-pleurales.

Por lo que respecta a la literatura nacional revisada, únicamente hemos encontrado 2 casos puntuales. El primero, publicado en 1991<sup>8</sup>, representa la forma más típica de pseudoquilotórax tuberculoso, en el cual no se aislaron micobacterias. El otro caso encontrado<sup>9</sup> hace referencia a un caso atípico, con cultivo del líquido positivo para *Mycobacterium tuberculosis* y afectación de la pared torácica. Este último caso dio lugar a un falso negativo de la ADA<sup>10</sup>, extremo que no se presenta en nuestro caso, en el que además de aislarse *Myco-*



*bacterium tuberculosis*, existía una cifra de ADA por encima del valor normal.

Respecto al manejo y tratamiento de estos enfermos, está claro que en los casos en los que se aísla el bacilo tuberculoso está indicado el tratamiento farmacológico, vigilando especialmente no efectuar monoterapia en función de la historia previa del paciente. En los casos en los que no se aísla el bacilo tuberculoso, si el antecedente de tuberculosis es claro y la reacción tuberculínica es positiva, es aconsejable el tratamiento farmacológico, siempre y cuando el paciente no haya recibido previamente tratamiento antituberculoso o haya sido vacunado con BCG<sup>4</sup>.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Sahn SA. State of the Art. The pleura. Am Rev Respir Dis 1988; 138: 184-234.
2. Sassoon CS, Light RW. Chylothorax and Pseudochylothorax. Clin Chest Med 1985; 6: 163-175.
3. Coe JE, Aikawa JK. Cholesterol pleural effusion. Arch Intern Med 1961; 108: 763-774.
4. Light RW. Pleural Diseases. Filadelfia: Lea and Febiger, 1990; 279-281.
5. Martínez-Berganza A, Cía P. Epidemiología de las enfermedades de la pleura. A propósito de 562 casos. Med Clin (Barc) 1988; 90: 311-316.
6. Hillerdal G. Chyliform (cholesterol) pleural effusion. Chest 1985; 88: 426-428.
7. Schimtd FG, De Haller R. Late exudative complications of collapse therapy for pulmonary tuberculosis. Chest 1986; 89: 822-827.
8. Teira R, Fariña S, Merino J. Pseudoquilotórax: presentación de un caso. Arch Bronconeumol 1991; 27: 85.
9. Bargay J, Tarrasa J, Salva F, Parras F. Seudoquilotórax tuberculoso con afección de la pared torácica. Med Clin (Barc) 1990; 94: 76-77.
10. Parras F, Bargay J, Reina J, Aloma P. Pseudoquilotórax tuberculoso: falso negativo de la adenosinadesaminasa (ADA). Enferm Infec Microbiol Clin 1989; 7: 453-454.