



que la lipomatosis mediastínica, probablemente sea debido a la sensibilidad de la técnica radiológica empleada.

Así, en un trabajo clásico² se consideró que con dosis menores de 30 mg/día de prednisona no se desarrollaba lipomatosis, siendo evaluados el mediastino mediante radiografía de tórax convencional. Sin embargo, en un reciente trabajo⁴ se ha comprobado aumento significativo de la grasa mediastínica, en enfermos que se trataban con corticoides, por distintas patologías, mediante la tomografía axial computarizada.

Actualmente, el diagnóstico de certeza de la lipomatosis mediastínica se basa en el uso de la tomografía axial computarizada^{5,6}, que como es sabido resulta eficaz en el reconocimiento del tejido graso.

Cuando la terapia se suspende o discontinúa, puede producirse la regresión del acúmulo de grasa, aunque no siempre ocurre así.

En nuestro caso se demuestra claramente que con tratamiento prolongado con dosis bajas de corticosteroides, puede desarrollarse una lipomatosis mediastínica y que la tomografía axial computarizada es muy útil en la confirmación del diagnóstico.

**M. Gallego Díaz, E. Monso Molas
y L. Inaraja Martínez***

Servicios de Neumología y * Radiología. Hospital Germans Triás i Pujol. Badalona. Barcelona.

1. Koerner HJ, Sun D. Mediastinal lipomatosis secondary to steroid therapy. *AJR* 1966; 98:461-464.

2. Price JE, Rigler LG. Widening of the mediastinum resulting from fat accumulation. *Radiology* 1970; 96:497-500.

3. Harter JG, Reddy WJ, Thorn GN. Studies on an intermittent corticosteroids dosage regimen. *N Engl Jour of Med* 1963; 269:591-596.

4. Herber FF, Zürcher RM, Herren H, Crivelli MA, Robotti G, Frey FJ. Altered body fat distribution in patients with glucocorticoid treatment and in patients on long-term dialysis. *AMJ Clin Nutr* 1986; 43:758-769.

5. Homer MJ, Wechster RJ, Carter BL. Mediastinal lipomatosis. *Radiology* 1978; 128:657-661.

6. Streiter ML, Schneider HJ, Proto AV. Steroid-induced thoracic lipomatosis: Paraspinal involvement. *AJR* 1982; 109:679-681.

Tuberculosis pleural: una rara causa de hemotórax espontáneo

Sr. Director: Se define hemotórax como la presencia de sangre en la cavidad pleural, siempre que el hematocrito del líquido pleural sea superior al 50 % del correspondiente a sangre periférica, debiendo distinguirse del líquido hemático, en el cual el hematocrito suele ser superior al 5-10 %. Su etiología más frecuente es el traumatismo torácico, penetrante o no, y en una minoría de casos son espontáneos¹. Aunque entre las causas de hemotórax se ha referido la tuberculosis como posible causa del mismo, no hemos hallado

ningún caso real documentado, motivo por el cual comunicamos el presente.

Caso clínico: Varón de 64 años, no fumador y agricultor de profesión ingresó en el Servicio de Traumatología para inserción de prótesis de cadera debido a coxartrosis bilateral; en el estudio preoperatorio se aprecia radiológicamente un derrame pleural que ocupa el tercio inferior del hemitórax derecho, a pesar de lo cual se realiza la intervención. Cuando se realiza incisión en la cápsula articular isquiofemoral drena material caseoso, por lo que se toma biopsia de la misma, remitiendo las muestras para estudio histológico y bacteriológico. Se coloca tubo de drenaje y se consulta a Neumología de forma simultánea. Interrogado de forma dirigida sólo refiere pérdida de peso de 12 kg en el último año y ligera tos irritativa sin otra sintomatología acompañante ni traumatismo torácico previo. A la exploración únicamente se aprecia semiología de derrame pleural derecho, siendo el resto normal. Hemograma: 10.000 leucocitos con 82/S, 18/L; Hematías 3.900.000; Hb: 10,2 g %, Hto: 31 %; VCM: 80; Plaquetas: 327.000/ml; VSG: 89. Bioquímica, gasometría, coagulación normales. Mantoux: 15 mm de induración a las 72 horas. Toracocentesis diagnóstica: 3.200.000 hematías/mm³; 9,4 hgb/mm³; leucocitos 7.200 con 75 % PMN, 20 % L, 5 % E. pH: 7,37; Glucosa 35 mg %; proteínas 3,6 mg %; LDH: 3062 UI %. Gram y cultivo (-); Ziehl negativo. Papanicolaou del líquido pleural: ausencia de malignidad. Se colocó drenaje torácico extrayendo 800 ml de líquido hemático, cesando el fluido de contenido pleural a las 24 horas. Ante la presencia en el control radiológico y la ecografía torácica de pequeñas colecciones líquidas encapsuladas se retiró el mismo una semana después. Biopsia de cadera: artritis granulomatosa tuberculoide con tinción de Ziehl-Neelsen negativa. Cultivo en Lowenstein de líquido pleural: positivo a los 20 días para *Myc. tuberculosis*.

Se inició tratamiento específico con quimioterapia antituberculosa estándar observándose una resolución progresiva tanto de su proceso respiratorio como de la impotencia funcional en miembros inferiores durante el año de seguimiento.

Las causas de hemotórax espontáneo descritas en la literatura son múltiples y de muy diversa índole¹⁻⁶. A pesar de un estudio exhaustivo, la etiología de algunos hemotórax permanece desconocida, incluso después de la toracotomía². La causa más frecuente de hemotórax espontáneo es la patología neoplásica pleural, fundamentalmente la metastásica, aunque ésta habitualmente produce derrame pleural serohemático¹. La segunda en frecuencia es el tratamiento anticoagulante por embolia pulmonar; en estos casos suele producirse entre el 4.^o-7.^o día de tratamiento, aunque no es infrecuente que ocurra después de varios meses⁶. La aparición de un hemotórax espontáneo secundario a tuberculosis pleural es excepcional y aunque se hallan referidos en la antigua literatura médica solían ser derrames de tipo serohemático y sólo un caso descrito era un verdadero hemotórax que se acompañó de neumotórax². Aunque el mecanismo de producción del mismo en nuestro caso es desconocido, pudiera ser atribuido a arteritis intercostal de origen tuberculoso o a la rotura de la pared

arterial procedente de una adherencia pleural previa, con vaciamiento posterior del contenido hemático en el espacio pleural. Este mecanismo ha sido descrito de forma similar en el abdomen provocando hemorragia gastrointestinal masiva⁷.

J.L. Calpe, E. Chiner y C. Martínez*

Servicios de Neumología y de * Microbiología. Hospital Comarcal de La Vila Joiosa-Benidorm. Alicante.

1. Light RW. Chylothorax, hemothorax and fibrothorax. En: Murray JF, Nadel JA, ed. *Textbook of Respiratory Medicine*. Filadelfia, WB Saunders 1988; 1.765-1.767.

2. Berliner K. Hemorrhagic pleural effusion: an analysis of 120 cases. *Ann Intern Med* 1941; 14:2.266-2.284.

3. Brady DB, Bolan JC. Neurofibromatosis and spontaneous hemothorax in pregnancy: two case reports. *Obstet Gynecol* 1984; 63:35S-38.

4. Slind RO, Rodarte JR. Spontaneous hemothorax in an otherwise healthy young man. *Chest* 1974; 66:81.

5. DeFrance JH, Blewett JH, Ricci JA, Patterson LT. Massive hemothorax: two unusual cases. *Chest* 1974; 66:82-84.

6. Abaskaron M. Anterior mediastinal haematoma and left hemothorax on wellcontrolled oral anticoagulant therapy. *Postgrad Med J* 1983; 59:95-97.

7. Goldbaum TS, Lindsay J, Levy C, Silva CA. Tuberculous aortitis presenting with an aorto-duodenal fistula: a case report. *Angiology* 1986; 37:519-523.

Mesotelioma pleural maligno y toracosopia. A propósito de un caso

Sr. Director: El mesotelioma pleural maligno es una entidad poco frecuente con incidencia de 1-2 casos por millón de habitantes y año. Afecta fundamentalmente a hombres que refieren contacto con asbesto¹, aunque algunos autores no encuentran tan frecuente esta relación². Dolor torácico, disnea progresiva, tos, fiebre, son los síntomas más referidos, así como el derrame pleural serohemorrágico. El diagnóstico puede realizarse por citología pleural, biopsia pleural ciega, toracosopia o toracotomía.

La rentabilidad de la toracosopia para el diagnóstico del mesotelioma pleural suele ser alta³, algunos autores llegan al 95 % de casos diagnosticados por esta técnica⁴, dando incluso la misma rentabilidad a la toracosopia que a la toracotomía⁵.

Presentamos el caso de una mujer de 66 años, con historia de exposición al asbesto, que ingresó por presentar desde dos meses antes dolor pleurítico derecho, tos irritativa, fiebre intermitente y disnea de medianos esfuerzos, con signos físicos de derrame pleural, destacando únicamente en los parámetros analíticos VSG 87/110. La Rx de tórax evidenció derrame pleural derecho, de naturaleza serohemática, con estudio cito-bacteriológico negativo.

La broncoscopia únicamente puso de manifiesto compresión extrínseca. Se realizó biop-



sia pleural a ciegas que se informó como tejido de granulación. La toracoscopia visualizó pleura parietal y diafragmática de aspecto hemorrágico eritematoso con nódulos amarillentos de 1 cm, de los que se tomaron biopsias siendo negativas para micobacterias y células malignas. Por persistir dolor torácico y disnea progresiva se realizó TAC toracoabdominal que objetivó engrosamiento pleural generalizado con formaciones nodulares, calcificaciones y retracción mediastínica, interpretándose como probablemente residuales a empiema o hemotórax. No evidenciándose otras causas de tumor extrapulmonar (ginecológico o digestivo), se decidió realizar toracotomía con decorticación parcial obteniéndose el diagnóstico de mesotelioma maligno fibroepitelial.

Queremos resaltar que en la toracoscopia, a pesar de objetivar lesiones bien evidentes con tomas aparentemente satisfactorias, éstas no fueron diagnósticas. A buen seguro hubiéramos realizado con antelación la toracotomía de haber tenido una experiencia como la que presentamos.

Respecto al pronóstico y tratamiento, dada la baja supervivencia media desde el diagnóstico⁶ y los pobres resultados de las diversas terapéuticas^{1,6} hemos optado por el tratamiento sintomático.

M. Olivera Fernández, J.M.^a Merino Múgica y A. Loizate Torrikagena*
Sección de Medicina. Hospital Basurto, y
*Servicio de Cirugía General B. Hospital de Cruces. Bilbao.

1. Pisani R, Colbi TV, Williams DE. Malignant mesothelioma of the pleura. Mayo Clinic Proc 1988; 63:1.234-1.244.

2. Bombi JA, Xaubet A, Letang E et al. Estudio clínico-patológico de 23 mesoteliomas malignos pleurales. Rev Clin Esp 1988; 182:464-470.

3. Cantó A, Saumench J, Moya J et al. Aspectos toracoscópicos del derrame pleural maligno difuso con derrame pleural. Arch Bronconeumol 1988; 24:242-244.

4. Boutin C, Viallat JR, Cargino P, Farisse P. Thoracoscopy in malignant pleural effusions. Am Rev Respir Dis 1981; 124:558.

5. Werdermann K, Greschuchna D, Maasseu W. Ergebnisse chirurgischer Lungen und pleural Biopsien. Thoraxchirurgie 1974; 22:453-456.

6. Ruffie P, Feld S, Muikin Y et al. Diffuse malignant mesothelioma of the pleura in Ontario and Quebec: a retrospective study of 332 patients. J Clin Oncol 1989; 7:1.157-1.168.

Pseudoquilotórax: presentación de un caso

Sr. Director: El derrame pleural colesterínico o pseudoquilotórax es una forma infrecuente de enfermedad pleural. Ello puede dificultar el reconocimiento de un caso individual con el consiguiente perjuicio.

Presentamos un caso de pseudoquilotórax con objeto de recordar las características fundamentales de esta entidad.

Se trata de un varón de 65 años con antecedentes de tuberculosis pulmonar 40 años an-

tes que había sido tratada mediante la inducción de neumotórax bilaterales alternativos hasta la aparición de un derrame pleural. Diagnosticado siete años antes de bronquitis crónica obstructiva. En su última hospitalización por descompensación de su cor pulmonale se realizó una toracocentesis para estudio de un derrame pleural presente en radiografías de seis años antes. Tras extraer un líquido "espeso, turbio de aspecto purulento" se propuso al paciente la realización de una decorticación pulmonar por la sospecha de empiema, que él rechazó. Se instauró tratamiento tuberculostático que el paciente siguió durante dos meses. Ingresó de nuevo dos años después por presentar desde cinco días antes fiebre acompañada inicialmente de tos escasamente productiva y disnea de mínimos esfuerzos y, posteriormente, alteraciones cognitivas e inversión del ritmo del sueño. En la exploración estaba febril, sudoroso, taquipneico y discretamente cianótico. Se observaba ingurgitación yugular, hepatomegalia blanda y edemas en ambas piernas. El corazón latía arrítmico a 120 latidos por minuto. Se percucía matidez en los dos tercios inferiores del hemitórax derecho y se auscultaba disminución del murmullo vesicular en ambos pulmones con abolición en la zona de matidez. En la radiografía de tórax se veía un casquete apical con engrosamiento pleural y pérdida de volumen en el hemitórax izquierdo y una opacidad homogénea con características de derrame pleural encapsulado en la mitad inferior del lado derecho; pO₂ arterial era 52 mmHg; la pCO₂ era 64 mmHg; el pH 7,28; la saturación de O₂ 85 % y el equilibrio ácido-base mostraba acidosis respiratoria. En una toracocentesis dirigida por ecografía se obtuvieron 1.300 cc de un líquido cremoso en cuyo centrifugado no se separaron fracciones. Al microscopio se observaron grasas neutras y cristales de colesterol que se cuantificaron con los siguientes valores: colesterol 23,6 mmol/l, triglicéridos 5,2 mmol/l.

La presencia de cristales de colesterol en un derrame pleural conduce al diagnóstico de pseudoquilotórax. Independientemente del mecanismo exacto de acumulación, éste siempre se ha asociado a derrames de larga evolución correspondientes a un espectro etiológico muy reducido, del que la tuberculosis ocupa el primer lugar¹.

Aunque los antecedentes puedan sugerir el diagnóstico, o el derrame demostrarse inicialmente en un reconocimiento rutinario,

hay que considerar que su 1.^a aparición puede ser durante la evaluación de un cuadro febril, por lo que la extracción de un líquido turbio conduciría a la sospecha de carácter purulento de la muestra, como sucedió en una ocasión a nuestro paciente. En esta situación la aplicación de un método riguroso y sistemático, paralelo pero independiente de la hipótesis clínica, condicionó la realización de un diagnóstico diferente, con importantes implicaciones terapéuticas.

El pseudoquilotórax es una causa excepcional de derrame pleural. Hasta 1961 se habían comunicado 99 casos en la literatura internacional². Con la sustitución de las técnicas quirúrgicas por la farmacoterapia en el tratamiento de la tuberculosis aún se ha producido un descenso en su incidencia. En un rastreo bibliográfico de los últimos cinco años, utilizando la base de datos Embase, aparece una comunicación de un caso en lengua japonesa. Recientemente se ha publicado otro caso en dos revistas españolas, en el que el aislamiento de *Mycobacterium tuberculosis* en el líquido pleural y en una tumoración torácica lo distancian de la forma "típica" que representa nuestro paciente^{3,4}. Esta excepcionalidad probablemente sea la causa de la "disolución" del concepto y mala utilización del término como hemos podido leer en una publicación reciente, donde se designa como "pseudoquilotórax" a un auténtico quilotórax, con la salvedad de estar producido por obstrucción de la vena cava⁵.

R. Teira Cobo, S. Fariña Sarasqueta y J. Merino Múgica*

Sección de Enfermedades Infecciosas y de *Neumología.
Santo Hospital Civil. Bilbao.

1. Sassoon CS, Ligth RW. Chylothorax and pseudochylothorax. Clin Chest Med 1985; 6:163-175.

2. Coe JE, Aikawa JK. Cholesterol pleural effusion. Arch Intern Med 1961; 1.297-1.299.

3. Parras F, Bargay J, Reina J, Aloma P. Pseudoquilotórax tuberculoso: falso negativo de la adenosinadesaminasa (ADA). Enf Inf Microbiol Clin 1989; 453-454.

4. Bargay I, Tarrasa J, Salva F, Parras F. Pseudoquilotórax tuberculoso con afectación de la pared torácica. Med Clin (Barc) 1990; 94:76-77.

5. Hannun Y, Frayha R. Behcet's disease with pseudochylothorax. J Rheumatol 1985; 12:817-818.

INFORMACION

Palacio Maricel de Sitges

II Jornadas Internacionales sobre Avances en Endoscopia Respiratoria organizadas por el Servicio de Neumología del Hospital de Bellvitge

Consultas o correspondencia a la Secretaría Técnica de las Jornadas.

INTER-CONGRES
Gran Via Corts Catalanes, 646
08007 BARCELONA
Tel. 301 25 77