



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 arritmico a 120 latidos por minuto. Se percutía 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