



Figura 2

vespertina de 39 °C. Se le cambió entonces el tratamiento de eritromicina por vía oral (500 mg/6 h) a cefamandol por vía endovenosa (1 g/6 h). Al ingreso había mostrado imágenes radiológicas compatibles con derrame pleural derecho, por lo que se le practicó una toracocentesis que resultó ser negativa. El mismo día se le repitieron las radiografías, y esta vez las imágenes fueron compatibles con derrame pleural derecho encapsulado (fig. 2)⁴⁻⁵. Debido a esto, y a que presentaba una exploración funcional con una insuficiencia ventilatoria restrictiva (FVC: 63 %), sin patrón restrictivo y con una buena función de las vías aéreas pequeñas, se hizo indicación quirúrgica. La pieza pleural obtenida fue informada como: *Pleuritis crónica granulomatosa tuberculosa*. Con las técnicas de Ziehl y de auramina-rodamina, se observaron bacilos ácido alcohol resistentes⁶.

Aunque en un principio barajamos el diagnóstico final, lo descartamos prontamente por la negatividad de las pruebas biológicas de tuberculosis y por la relativa buena respuesta al cefamandol. La lesión encapsulada, que puede observarse en la figura 2, fue un derrame pleural tuberculoso postprimario, cuya patogenia está aún en discusión⁷. Hemos de referir también que la pleuritis tuberculosa se asocia frecuentemente a baciloscopia y Mantoux negativos⁷. Enviamos a la paciente

a intervenir con un carácter paliativo y, finalmente, la toracotomía resultó ser diagnóstica. Este hecho, no obstante, no es infrecuente, como han demostrado recientemente García Barbero et al⁸.

M. Ortega Calvo, F. Campa Valera
y J.L. Royo Aguado
Cátedra de Patología General.
Hospital Universitario de Sevilla.

BIBLIOGRAFIA

1. White RJ, Blainey AD, Harrison KJ, Clarke SKR. Causes of pneumonia presenting to a district general hospital. *Thorax* 1981; 36:566-570.
2. Bowers JT, Saude MA. Community acquired pneumonia. En: Stein, JM ed. *Internal Medicine*. Boston. Little Brown Co 1983; 1189.
3. Capell S, Javaloyes M, Sánchez C et al. Etiología de la neumonía extrahospitalaria en un medio urbano. *Med Clin (Barna)* 1985; 84:4-7.
4. Murray JF. Respiración. En: *Fisiopatología. Principios biológicos de la enfermedad*. Smith, Ll. H. y Thier, S.O. Ed. Médica Panamericana 1983; 834.
5. Serrano F. Investigación etiológica de los derrames pleurales. *Rev Clin Esp* 1979; 155:403-407.
6. Casal M. Métodos microbiológicos de diagnóstico de tuberculosis. *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica* 1984; 4:180-183.
7. Hernández García E, Nauffal D. *Tuberculosis pulmonar*. *Medicine (ed esp)* 1982; 24:1607-1618.
8. García Barbero MD, López Beltrán A, Cisnal A et al. La incidencia de tuberculosis en el material anatomopatológico de los hospitales de Córdoba. *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica* 1985; 5:197-200.

Eosinofilia periférica y derrame pleural eosinofílico en un paciente con espondilitis anquilosante

Sr. Director: La afectación pulmonar de la espondilitis anquilosante es, generalmente, de dos tipos: el síndrome restrictivo pulmonar por disminución en la movilidad de la caja torácica y el síndrome fibrobuloso en lóbulos superiores¹. La afectación pleural no es frecuente. En esta carta, le comunicamos la observación de eosinofilia periférica y derrame pleural eosinofílico en un paciente con espondilitis anquilosante.

Varón de 33 años, que ingresa en nuestro centro por cuadro clínico de tos y disnea de diez días de duración. A los 17 años fue diagnosticado de espondilitis anquilosante por criterios clínicos y radiológicos. A los 31 años, fue diagnosticado de depresión endógena, motivo por el cual su psiquiatra le prescribió inhibidores de la MAO. Un mes antes de su ingreso, sufrió una caída con fractura a nivel cervical que fue tratada con inmovilización, diacepan e indometacina. En el exa-



men físico, se encontró cuello anquilosado y movilidad de columna francamente disminuida en los tres planos. Soplo sistólico I-II/VI en B.E.I. y disminución del murmullo vesicular en mitad inferior de hemitórax derecho con pectoriloquia áfona. La RX de tórax mostró derrame pleural derecho y las de columna vertebral puentes sindesmifíticos intervertebrales y obliteración de articulaciones sacroilíacas. Hallazgos de laboratorio: leucocitos: 7.800/mm³ (2.652 eosinófilos/mm³), siendo el resto de los parámetros bioquímicos compatibles con la normalidad. IgE normal. Látex y ANA negativos. Estudio parasitológico en heces negativo. Ziehl-Neelsen en esputo negativo. Mantoux: positivo 15 mm. Índice eosinofílico en esputo: negativo. Serología de hidatidosis, virus, micoplasma, legionella y fiebre Q: negativa. Espirometría: Cv: 65 %, VEMS: 2.500 cc, VEMS/CV: 90 %. HLA-B27 negativo. Ecocardiograma: normal. En endoscopia digestiva se observó pequeña hernia de hiato. Líquido pleural de color amarillento con pH: 7,37, proteínas totales: 5,2 g/100 ml, LDH: 1.115 U/l, glucosa: 0,8 g/l, células blancas: 5.300/mm³ (3.710 eosinófilos/mm³ y 1.590 mononucleares/mm³), cultivo para aerobios, anaerobios, tinción de Ziehl-Neelsen y cultivo en Löwenstein, negativo. En biopsia pleural, no se objetivaron granulomas y su siembra en Löwenstein fue, igualmente, negativa. Se mantuvo tratamiento con inhibidores de la MAO e indometacina, observándose la resolución del derrame y de la eosinofilia en el plazo de cuatro semanas, siendo dado de alta asintomático y con RX de tórax normal. No se le administraron corticosteroides.

La afectación crónica y progresiva de la columna vertebral y de las articulaciones sacroilíacas, junto al dolor y a la limitación de la movilidad lumbar, hace el diagnóstico de espondilitis anquilosante en un paciente varón con serología reumática negativa.

El derrame pleural eosinofílico asociado a eosinofilia periférica ha sido descrito en artritis reumatoide². Nosotros sugerimos que el derrame pleural eosinofílico, que presentó nuestro paciente, sea una complicación de la espondilitis anquilosante. Descartamos la artritis reumatoide por criterios clínicos, radiológicos y serológicos. De otra parte, no hubo evidencia de parasitosis, vasculitis, desorden inmunológico, infección tuberculosa o de otro origen, que lo pudiera justificar. Finalmente, no hemos encontrado datos en la literatura en cuanto a que, eosinofilia y derrame pleural, puedan ser causados por la medicación que nuestro paciente tomaba crónicamente y que no fue suspendida durante su estancia hospitalaria.

Entre los pacientes con espondilitis anquilosante, la afectación de la pleura como manifestación de su enfermedad es un fenómeno inusual. La pri-

mera referencia bibliográfica data de 1950, fecha en la que Dudley-Hart et al³ publican un caso de espondilitis anquilosante asociado a derrame pleural. Pocas referencias más existen en la literatura sobre esta asociación⁴⁻⁷. Recordando que «de la observación de aparentes casualidades nace, a veces, el progreso de la ciencia» y descartadas toda una serie de causas conocidas de derrame pleural, estimamos que, la eosinofilia periférica y el derrame pleural de nuestro paciente, constituyen unas nuevas manifestaciones de la espondilitis, sin que se nos ocurra cuál puede ser su mecanismo patogénico. Hacemos una doble invitación: debe descartarse derrame pleural en todo paciente con espondilitis anquilosante que desarrolle disnea aguda y es deseable la comunicación de esta rara asociación con el fin de valorar su verdadera incidencia.

**J.M. Ignacio García, J. Hita Pérez,
A. García Mendoza, P. Alonso Atienza
y J. Miramón López**
Servicio de Medicina Interna.
Clínica Comarcal Sagrada Familia.
Ronda (Málaga)

BIBLIOGRAFIA

1. Schatz M, Wasserman S, Patterson R. The eosinophily and the lung. *Arch Intern Med* 1982; 142:1.515-1.519.
2. Hunninghake GW, Fauci AS. Pulmonary involvement in the collagen vascular disease. *Am Rev Respir Dis* 1979; 119:471-503.
3. Dudley-Hart F, Bogdanovitch A, Nichol WD. The thorax in ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 1950; 9:116-131.
4. Rosenow EC, Strimlan CV, Muhm JR, Ferguson RH. Pleuropulmonary manifestations of ankylosing spondylitis. *Mayo Clin Proc* 1979; 52:641-649.
5. Zorab PA. The lungs in ankylosing spondylitis. *Q J Med* 1962; 31:267-280.
6. Crompton GK, Cameron SJ, Langlands AO. Pulmonary fibrosis, pulmonary tuberculosis and ankylosing spondylitis. *Br J Dis Chest* 1974; 68:51-56.
7. Kinnear WJM, Shneerson JM. Acute pleural effusions in inactive ankylosing spondylitis. *Thorax* 1985; 40:150-151.

Pancitopenia y síndrome de distrés respiratorio del adulto asociado a tuberculosis miliar

Sr. Director: La tuberculosis miliar (TM) puede presentarse sin las lesiones histopatológicas¹, ni los datos clínicos y radiológicos² característicos. Presentamos un caso asociado con dos manifestaciones infrecuentes: pancitopenia y síndrome de distrés respiratorio del adulto (SDRA), sin patrón anatomopatológico ni radiológico «miliar».