

Cartas científicas

Seudoquilotórax sin engrosamiento pleural asociado a artritis reumatoide



Pseudochylothorax without pleural thickening associated with rheumatoid arthritis

Sr. Director:

El seudoquilotórax es un derrame pleural muy infrecuente, que se caracteriza por un contenido elevado de colesterol, y que suele ocurrir en derrames crónicos con engrosamiento pleural¹. Las causas más frecuentes son el derrame tuberculoso, las secuelas del neumotórax terapéutico y la pleuritis reumatoidea, aunque se ha observado en otras situaciones clínicas^{1,2}. Si bien, en la artritis reumatoide, el derrame pleural es un hallazgo relativamente frecuente, en estos pacientes solo se han descrito unos 20 casos de seudoquilotórax, no obstante, es difícil conocer la prevalencia real de este proceso³.

Clásicamente se había sugerido que la presencia de colesterol en el espacio pleural se debía a la degradación de eritrocitos y neutrófilos en el interior de una pleura engrosada, pero su origen parece derivar de las lipoproteínas séricas más que de la lisis celular¹. El engrosamiento pleural con tejido cicatricial fibrótico que dificultaba la absorción del líquido era considerado un aspecto clave en la etiopatogenia del seudoquilotórax¹. Sin embargo, en los últimos años se ha señalado la existencia de algunos casos de seudoquilotórax en pacientes con artritis reumatoide en los que no existe engrosamiento pleural, poniendo en duda el mecanismo patogénico habitualmente aceptado^{4,5}. Hemos diagnosticado un nuevo caso de seudoquilotórax en una paciente con artritis reumatoide, en la que no existía engrosamiento pleural. Una paciente de 53 años fue remitida a neumología por el hallazgo de un derrame pleural de escaso volumen, sin síntomas asociados, detectado en el estudio preoperatorio de eventración abdominal. La paciente disponía de una radiografía de tórax realizada 7 meses antes, sin derrame pleural. Era fumadora de 25 paquetes-años, sin síntomas respiratorios previos. Estaba diagnosticada de artritis reumatoide desde 2 años antes, en tratamiento con corticoides, metotrexato y certolizumab. En la TAC de tórax (fig. 1) se apreciaba un derrame pleural sin signos de engrosamiento pleural. Se realizó una toracocentesis con obtención de líquido opalescente, sin gérmenes, ni células malignas, con pH 7,03, glucosa < 20 mg/dl, proteínas 7 g/dl, LDH 14.691 U/l, ADA 137 U/l, factor reumatoide < 9 U/ml, triglicéridos 17 mg/dl y colesterol 255 mg/dl (sérico 186 mg/dl).

El caso descrito tiene las características de los derrames pleurales por artritis reumatoide (pH y glucosa muy bajos, y valores elevados de LDH) y de seudoquilotórax (triglicéridos bajos con gran elevación del colesterol en el líquido pleural). Nuestro caso confirma las escasas observaciones previas de la posibilidad de

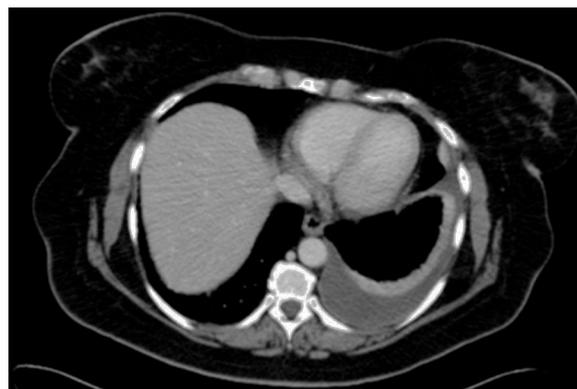


Figura 1. Imagen de la TAC, donde se observa derrame pleural, sin signos de engrosamiento pleural.

ausencia de engrosamiento pleural en casos de seudoquilotórax asociados a artritis reumatoide. Este hallazgo implica que deben buscarse mecanismos patogénicos alternativos en la formación de este tipo de derrame pleural a su atribución al proceso crónico del líquido dentro de una pleura fibrosada⁴, y nos permite afirmar que la ausencia de engrosamiento pleural no excluye un seudoquilotórax. El seudoquilotórax no precisa un tratamiento específico en ausencia de síntomas¹. No obstante, en los asociados a artritis reumatoide hay casos descritos donde el tratamiento intensivo de la enfermedad de base se asocia al control o la resolución del seudoquilotórax.

Agradecimientos

A Eduardo García Pachón, sin el cual no podríamos haber realizado el presente trabajo.

Bibliografía

- Hillerdal G. Chylothorax and pseudochylothorax. *Eur Respir J.* 1997;10:1157-62.
- García-Pachón E, Fernández LC, López-Azorín F, Padilla-Navas I. Pseudochylothorax in pleural effusion due to coronary artery bypass surgery. *Eur Respir J.* 1999;13:1487-8.
- Massey H, Darby M, Edey A. Thoracic complications of rheumatoid disease. *Clin Radiol.* 2013;68:293-301.
- Wrightson JM, Stanton AE, Maskell NA, Davies RJ, Lee YC. Pseudochylothorax without pleural thickening: Time to reconsider pathogenesis. *Chest.* 2009;136:1144-7.

5. Muresan C, Muresan L, Grigorescu I, Dumitrascu DL. Chyiliform effusion without pleural thickening in a patient with rheumatoid arthritis: A case report. *Lung India*. 2015;32:616-9.

Lucía Zamora Molina^{a,*}, Guillermo Moreno Redondo^b
y Alejandro Maestro Borbolla^a

^a Sección de Neumología, Hospital General de Elche, Elche, Alicante, España

^b Servicio de Medicina Interna, Hospital General de Elche, Elche, Alicante, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: lucia.lzjc@hotmail.com (L. Zamora Molina).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2016.02.010>

Neumonía por *Pneumocystis jirovecii* complicando la evolución de una paciente con glioblastoma multiforme en tratamiento con temozolomida



Pneumocystis jirovecii pneumonia complicating the progress of a patient with glioblastoma multiforme receiving temozolomide

Sr. Director:

La neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (NPJ) es una infección oportunista, especialmente frecuente en los pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), aunque también puede observarse en pacientes tratados con corticoides, fármacos inmunosupresores y antineoplásicos. La temozolomida es un agente antineoplásico alquilante, relativamente nuevo, que se emplea como fármaco de primera línea para el tratamiento del glioblastoma multiforme (GM)¹. Una complicación poco frecuente pero grave del tratamiento con temozolomida es el desarrollo de una NPJ. El mecanismo patogénico está relacionado con la

inducción de una linfopenia y de una disfunción selectiva de las células T². Existen escasas referencias bibliográficas que describan la aparición de la NPJ en pacientes tratados con temozolomida³.

Presentamos un caso de una mujer de 69 años diagnosticada de un GM multifocal (fig. 1A), que presentó un cuadro de fiebre e insuficiencia respiratoria rápidamente progresiva 4 semanas después de iniciar un tratamiento con temozolomida y dosis altas de corticoides. Una radiografía de tórax (fig. 1B) demostró un aumento de densidad en vidrio deslustrado (*ground-glass*) de ambos pulmones, que se confirmó en la tomografía computarizada (TC) de tórax (fig. 1C). De forma incidental, se detectó también un tromboembolismo pulmonar bilateral (fig. 1D). Ante la sospecha de una NPJ, se decidió realizar una fibrobroncoscopia, la cual confirmó la NPJ en el lavado broncoalveolar. La paciente respondió favorablemente, tanto desde el punto de vista clínico como radiológico, al tratamiento anticoagulante y antibiótico con trimetoprim-sulfametoxazol.

La NPJ es una infección grave, oportunista, típica de los pacientes con infección avanzada por el VIH, aunque también puede afectar a pacientes inmunodeprimidos por otros motivos (dosis altas de

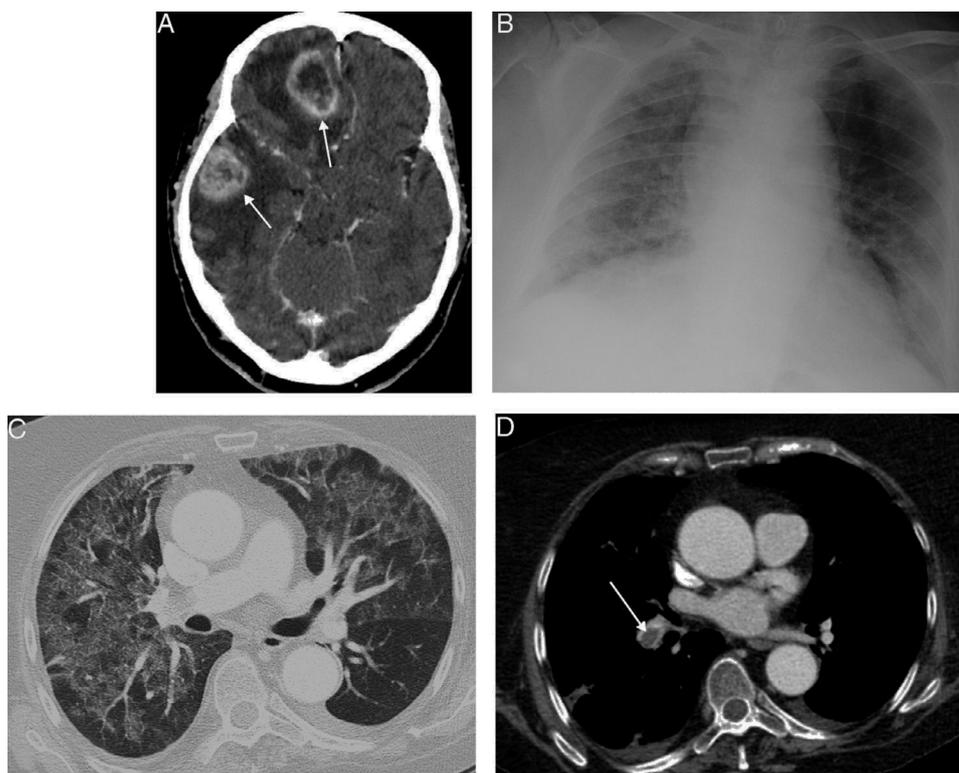


Figura 1. A) Imagen axial de la TC de cráneo, tras la administración de contraste intravenoso, en la que se observan 2 lesiones intraaxiales con realce en anillo (flechas), en hemisferio cerebral izquierdo, con importante efecto de masa y edema perilesional asociado. B) Radiografía anteroposterior de tórax, en la que se identifican opacidades de atenuación en vidrio deslustrado en ambos pulmones. C) Imagen axial de la TC de tórax (ventana de pulmón), en la que se visualiza un llamativo patrón en mosaico del parénquima pulmonar, alternándose áreas de atenuación en vidrio deslustrado con otras de menor densidad, típico de la infección por *Pneumocystis jirovecii*. D) Imagen axial de la TC de tórax (ventana de mediastino), con contraste intravenoso (obtenida al mismo nivel que la imagen C), en la que se demuestra un defecto de repliación central en la arteria lobar inferior derecha (flecha), en relación con un tromboembolismo pulmonar.