

o TC, o mediante videotoroscopia<sup>2</sup>. En cuanto a la histología, cualquier tipo de linfoma puede estar implicado. El que se ha descrito con mayor frecuencia es el linfoma de células B de células grandes, seguido del linfoma folicular, con tasas del 60 y 20%, respectivamente<sup>3</sup>. El tratamiento requiere quimioterapia sistémica basada en combinaciones que incluyen ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona.

## Bibliografía

1. Ahmad H, Pawade J, Falk S, Morgan JA, Balacumaraswami L. Case report: Primary pleural lymphomas. *Thorax*. 2003;58:908–9.
2. Kim Y, Lee M, Ryu YJ, Cho MS. The pleural sandwich sign in two cases of primary pleural lymphoma. *Korean J Radiol*. 2015;16:213–6.
3. Ru X, Ge M, Li L, Lin Y, Liu L. Primary pleural lymphoma: A rare case and a synopsis of the literature. *J Thorac Dis*. 2013;5:E121–3.

## Cistitis enfisematosa y agudización infecciosa de la EPOC. Un hallazgo altamente infrecuente



### *Emphysematous Cystitis and Infectious Exacerbation of COPD. A Highly Unusual Finding*

Sr. Director:

La cistitis enfisematosa (CE) es una infrecuente complicación de la infección del tracto urinario, definida por la presencia de gas a nivel vesical y/o sus paredes<sup>1</sup>. Afecta principalmente a mujeres de edad avanzada con diabetes mellitus, mal control glucémico y antecedentes de sondajes vesicales previos. Existen otros factores que, aunque en menor medida, también pueden estar en relación con esta enfermedad, como son el trasplante renal, los estados de inmunodepresión y las infecciones recurrentes del tracto urinario<sup>1</sup>. Los patógenos etiológicos más frecuentemente aislados en el urocultivo son *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* y *Enterococcus*<sup>2</sup>. La presentación clínica es inespecífica, apareciendo en la mayoría de los casos sintomatología miccional y dolor abdominal. La neumaturia es un signo clave para su sospecha, aunque poco frecuente<sup>3</sup>. Para su diagnóstico la radiografía simple del aparato urinario es poco específica, siendo la tomografía computarizada (TC) abdominal la prueba de elección por su mayor resolución y, además, permite descartar otras causas de CE, como la fistula entero-vesical (secundaria a un proceso inflamatorio o neoplásico)<sup>4</sup>. El tratamiento consiste en antibioterapia empírica inicial, control metabólico intenso y manejo derivativo (sondaje transuretral o drenajes derivativos)<sup>5</sup>. El curso clínico de los pacientes varía desde la rápida mejoría clínica al deterioro del estado general con alta tasa de complicaciones, como la pielonefritis enfisematosa, la perforación vesical, el shock séptico y la muerte en pocas horas<sup>5</sup>.

Presentamos el caso inusual de un paciente varón, no diabético y con correctos niveles de glucemia, sin antecedentes urológicos de interés, que padece un cuadro de CE durante un ingreso a cargo de neumología por una agudización grave de EPOC, de etiología infecciosa, obteniendo crecimiento del patógeno de *E. coli* tanto en el cultivo de esputo como en el de orina. Se trata de un varón de 66 años, jubilado de una fundición de hierro, exfumador desde hace 5 años (IAP 70), con antecedentes personales de tuberculosis en la infancia, HTA, EPOC moderada fenotipo enfisematoso no agudizador (categoría A GOLD) y neumonía adquirida en la comunidad hace 5 años. Refiere cuadro infeccioso de 5 días de evolución con rinorrea, aumento de tos con esputo purulento, disnea y fiebre termometrada de 38,3 °C. No presenta sintomatología urinaria ni cambio en su hábito intestinal. A nivel analítico destaca insuficiencia respiratoria global aguda, leucocitosis con

María del Carmen Vera Sanchez\*,  
María del Carmen Fernández Aguirre  
y María Victoria Hidalgo Sanjuan

Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria,  
Málaga, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [maricarmenvera46@gmail.com](mailto:maricarmenvera46@gmail.com)

(M.d.C. Vera Sanchez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2016.10.007>

0300-2896/

© 2016 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

desviación a la izquierda y aumento de niveles de PCR, sin datos de hiperglucemia. Se solicitan antígenos para neumococo y *Legionella* en orina, junto con cultivo de esputo, que resultan negativos. En la exploración física se aprecia importante afectación del estado general con fiebre, taquipnea y roncus dispersos en la auscultación pulmonar. No existen signos de enfermedad abdominal en ese momento.

El tercer día de ingreso, el paciente presenta deterioro clínico con sintomatología de infección urinaria (tenesmo, disuria y hematuria). Se solicita sedimento urinario, que presenta abundantes eritrocitos en campo y nitritos positivos. Se cubre espectro antibiótico gramnegativo, y se solicita urocultivo, cuyo resultado fue positivo para *E. coli*, por lo que se trata según antibiograma con piperacilina-tazobactam. Para completar el estudio se realiza TC torácico-abdominal, con presencia de gas en la luz de la vejiga e infiltrando las paredes de la misma (fig. 1). Tras el diagnóstico de CE, consultamos al servicio de urología, y procedemos a pautar sondaje vesical, obteniendo 400 ml de orina con leve tinte hemático y abundante aire; también se inició antibioterapia con piperacilina-tazobactam iv durante 15 días. Tras el ciclo antibiótico se repitió urocultivo que resultó negativo y se procedió a la retirada del sondaje vesical, con resolución del cuadro abdominal. A nivel respiratorio, pese a la mejoría inicial, persiste la expectoración purulenta, y se obtiene un nuevo cultivo de esputo que resulta positivo para *E. coli*, con sensibilidad intermedia a piperacilina-tazobactam, decidiendo realizar pauta antibiótica con meropenem iv. Finalmente, la evolución fue satisfactoria y tras completar la



Figura 1. TC abdominal, con presencia de gas en vejiga y pared vesical.

pauta intravenosa se procedió a dar el alta hospitalaria con seguimiento posterior por neumología.

### Agradecimientos

Al equipo humano del Laboratorio de Exploración Funcional del Hospital Universitario Cruces.

### Bibliografía

1. Akalin E, Hyde C, Schmitt G, Kaufman J, Hamburger RJ. Emphysematous cystitis and pyelitis in a diabetic renal transplant recipient. *Transplantation*. 1996;62:1024-6.
2. Quint HJ, Drach GW, Rappaport WD, Hoffmann CJ. Emphysematous cystitis: A review of the spectrum of disease. *J Urol*. 1992;147:134-7.
3. Ho KM, Sole M. Pneumaturia due to gas-producing *E. coli* and urinary stasis. *Br J Urol*. 1994;73:588-9.
4. Grayson DE, Abbott RM, Levy AD, Sherman PM. Emphysematous infections of the abdomen and pelvis: A pictorial review. *Radiographics*. 2002;22:543-61.
5. Vilchis-Cárdenas MA, Grimaldo-Oliveros AA, Ibáñez-Marín JA, Feria-Flores MA, García Rodríguez MA, Peña-Rodríguez A, et al. Cistitis emfisematosa clásica. *Rev Mex Urol*. 2010;70:376-9.

David P. Rodríguez López<sup>a,\*</sup>, Nuria Marina Malanda<sup>b</sup>, Idoia Salinas Garrido<sup>c</sup> y Juan B. Gáldiz Iturri<sup>b,d,e</sup>

<sup>a</sup> Neumología, Hospital Universitario San Pedro de Alcántara, Cáceres, España

<sup>b</sup> Sección Unidad de Asma, Laboratorio de Exploración Funcional, Departamento de Neumología, Hospital Universitario Cruces, BioCruces, Barakaldo, Bizkaia, España

<sup>c</sup> Neumología, Hospital Universitario Cruces, BioCruces, Barakaldo, Bizkaia, España

<sup>d</sup> Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), España

<sup>e</sup> Universidad del País Vasco (UPV-EHU), Leioa, Bizkaia, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [dprl@hotmail.es](mailto:dprl@hotmail.es) (D.P. Rodríguez López).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2016.10.005>  
0300-2896/

© 2016 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

### Quilotórax en adultos. Revisión de la literatura a partir de una serie de 17 casos



#### *Chylothorax in Adults. Characteristics of 17 Patients and a Review of the Literature*

Sr. Director:

El quilotórax (QTx) es una patología infrecuente producida por la extravasación del líquido linfático hacia la cavidad pleural. El diagnóstico se fundamenta en la detección de triglicéridos o quilomicrones en líquido pleural. Concentraciones superiores a 110 mg/dl o la detección de quilomicrones son diagnósticas de QTx<sup>1</sup>. La etiología se divide en traumática y no traumática siendo la iatrogenia y patología neoplásica las más frecuentes<sup>2</sup>. El tratamiento puede ser conservador en QTx con bajo débito o quirúrgico en los de alto débito o refractarios<sup>3</sup>. El pronóstico depende de la causa subyacente.

Hemos revisado 1.600 pacientes con derrame pleural estudiados en nuestro hospital desde enero de 2010 a diciembre de 2013 seleccionando aquellos cuyo nivel de triglicéridos fuera superior a 110 mg/dl. Analizamos la etiología, clínica, diagnóstico y tratamiento y realizamos una revisión de la bibliografía. Se detectaron 17 pacientes con QTx (1,1%). La edad media fue 64 años (36-81), 8 varones. Los síntomas más frecuentes fueron disnea (7 casos), tos (3), ascitis (3) y síndrome constitucional (4). El derrame pleural fue derecho en 8, izquierdo en 2 y bilateral en 7. Se obtuvieron 16 muestras de líquido pleural de aspecto lechoso y una de aspecto seroso, 12 fueron exudados y 4 trasudados (una sin datos). Trece fueron de causa no traumática, 11 secundarios a neoplasia, predominando los linfomas (n=5). Un caso fue secundario a linfangioma y otro idiopático. Los 4 restantes fueron secundarios a cirugía (3) y un caso posparto. En cuanto al tratamiento (fig. 1) se aplicaron medidas higiénico-dietéticas con restricción de lípidos y triglicéridos de cadena media en todos los pacientes excepto en 2 (por fallecimiento y resolución espontánea). En 12 pacientes se colocó un drenaje pleural, y se realizó pleurodesis en 5. Tres requirieron cirugía (ligadura del conducto torácico) y dos pacientes linfográfía. Se administró octreótido en 3 casos, sin buenos resultados, presentando un paciente rash cutáneo por lo que se retiró, y en otros 2 el derrame fue persistente requiriendo otras medidas. De los 17 casos 8 fallecieron (7 neoplásicos).

El QTx es una entidad rara, que se produce fundamentalmente por la rotura del conducto torácico y acumulación del quilo en la cavidad pleural, o por el traspaso desde el peritoneo. La etiología del QTx se puede dividir en traumática y no traumática, siendo la primera la más frecuente, alcanzando incluso el 50% de los casos<sup>4,5</sup>. En nuestro estudio existe un predominio de etiología no traumática. La etiología traumática se puede subdividir en iatrogénicas (actos quirúrgicos como esofagectomía) y no iatrogénicas (traumatismos, posparto, etc.)<sup>2</sup>. Los procesos neoplásicos son la causa más frecuente en los no traumáticos, predominando los linfomas. Los síntomas más frecuentes son tos, disnea y dolor torácico. Menos habitual es la fiebre ya que el quilo es un líquido no inflamatorio<sup>5</sup>. En nuestra serie destaca la presencia de 4 síndromes constitucionales probablemente debido a la alta incidencia de neoplasias. El diagnóstico se fundamenta en el análisis del líquido pleural. Se ha definido como un líquido lechoso y opalescente pero se han descrito casos de apariencia serosa o serosanguinolenta, predominando incluso en algunas series<sup>1</sup>. Bioquímicamente se trata de un exudado linfocítico con bajos niveles de LDH aunque estudios previos han descrito la presencia de un 32% de trasudados. La mayoría secundarios a cirrosis hepática, síndrome nefrótico o insuficiencia cardíaca, entre otros<sup>5</sup>. En nuestra serie 4 fueron trasudados debidos a neoplasias. La mayoría de QTx son unilaterales<sup>4</sup>. En nuestra serie, 7 fueron bilaterales, 10 unilaterales. La TC deberá realizarse siempre que la causa se desconozca. Otras técnicas para la localización de la lesión son la linfografía y la linfoescintigrafía, pero pueden producir efectos adversos, siendo de mayor utilidad en los que se prevé una reparación quirúrgica. El tratamiento del QTx variará según la severidad y refractariedad. En derrames de bajo volumen se sustenta en una dieta sin lípidos, con ácidos grasos de cadena media. En casos más severos se recomienda dieta absoluta, nutrición total parenteral y drenaje pleural. Dentro del tratamiento médico conservador, desde 1990 se asocian a estas medidas el uso de somatostatina o su análogo sintético, el octreótido que han demostrado eficacia con una tasa de respuesta de hasta el 80%, fundamentalmente en los QTx posquirúrgicos<sup>6-8</sup>. Se cree que actúan reduciendo el flujo sanguíneo gastrointestinal, inhibiendo la motilidad intestinal y reduciendo el flujo linfático, lo que se traduce en una reducción en la producción intestinal de quilo<sup>2</sup>. En nuestra serie sin embargo, en los tres pacientes en los que se administró fue ineficaz o tuvo que retirarse por efectos adversos, aunque cabe destacar que ninguno de ellos fue posquirúrgico. En casos persistentes