



## CASO CLÍNICO

### Pseudoquilotórax en reactivación tuberculosa

#### Pseudochylothorax in tuberculoze reactivation

*Autores:* Golfe Bonmatí A, Gutiérrez González N, Hurtado Fuentes A, Sánchez Villar C, Callejas González FJ, García Castillo, S

*Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete*

#### Resumen:

El pseudoquilotórax se define como un derrame pleural de aspecto turbio o lechoso debido a un alto contenido de lípidos y que no está producido por lesión del conducto torácico, al contrario del quilotórax, cuya incidencia es mucho mayor.

Presentamos el caso de un hombre de 87 años que ingresa por infección respiratoria y para estudio de derrame pleural, detectándose en TC torácica derrame pleural bilateral de predominio derecho. Se le realiza una toracocentesis diagnóstico-terapéutica guiada por ecografía torácica, observándose un líquido pleural de aspecto lechoso, compatible con pseudoquilotórax.

**Palabras clave:** disnea; derrame pleural; toracocentesis; tuberculosis; derrame quilibiforme; pseudoquilotórax.

#### Resume:

Pseudochylothorax is defined as a pleural effusion that is cloudy or milky due to a high lipid content and is not caused by a thoracic duct injury, unlike the chylothorax, the incidence of which is much greater.

We present the case of an 87-year-old man who is admitted for respiratory infection and for the study of pleural effusion, with a bilateral pleural effusion of the right predominance as the thoracic CT scan detects. A diagnostic-therapeutic thoracentesis guided by thoracic ultrasound is performed, with a pleural fluid of milky appearance, compatible with pseudochylothorax.

**Keywords:** dyspnea; pleural effusion; thoracentesis; tuberculosis; chyliiform effusion; pseudochylothorax.

#### Introducción:

El derrame pleural (DP) continúa siendo una de las enfermedades que, con frecuencia, tiene que abordar el neumólogo o el cirujano torácico en su práctica diaria. Las principales pruebas a realizar para el correcto diagnóstico de un DP son tanto la radiografía de tórax (con proyecciones postero-anterior y lateral) como ecografía torácica, siendo esta última una prueba más sensible y precisa para detectar y cuantificar el DP. Si se confirma la presencia de DP libre, se debe realizar una toracocentesis diagnóstica para estudio bioquímico, microbiológico y citológico del líquido<sup>1,2,3,4</sup>.

Dentro de la clasificación del DP, el quilotórax y el pseudoquilotórax se incluyen dentro de los derrames pleurales de aspecto quiloso-lechoso o turbio, debido a una alta concentración de lípidos en el espacio pleural<sup>5</sup>.

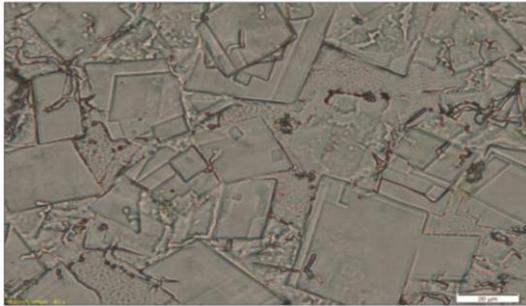
El pseudoquilotórax, o también denominado DP quilibiforme, tiene una incidencia mucho menor que la del quilotórax y, al contrario que este, no está producido por lesión del conducto torácico, siendo sus dos causas más frecuentes y las principales que hay que descartar ante cualquier derrame de características quilibiformes la artritis reumatoide y la tuberculosis<sup>1,3,5,6</sup>.

La sintomatología del pseudoquilotórax es idéntica a la de cualquier derrame pleural, siendo el síntoma más común la disnea de esfuerzo, seguido de tos seca y dolor

pleurítico<sup>3</sup>. Sin embargo, y en algunos casos, al ser derrames de larga evolución, algunos pacientes pueden incluso llegar a estar asintomáticos durante largo tiempo, con acúmulo de cantidades no despreciables de líquido en la cavidad pleural<sup>1,2,5</sup>.

Para diferenciar el quilotórax del pseudoquilotórax son útiles los datos clínicos del paciente, además de los datos bioquímicos, que son los que nos darán el diagnóstico definitivo<sup>5</sup>. Los pacientes con quilotórax suelen presentar un DP agudo, mientras que pacientes con pseudoquilotórax sufren DP de larga evolución y suelen presentar engrosamiento y/o calcificación pleural. La presencia de colesterol en el líquido pleural (LP) por encima de 200 mg/dl es muy sugestiva de pseudoquilotórax<sup>1,3,4,5</sup>.

Con respecto a las pruebas complementarias a realizar, siempre que persistan dudas acerca del diagnóstico, debe realizarse un estudio de lipoproteínas en líquido pleural, ya que la presencia de quilomicrones en este medio es diagnóstica de quilotórax, mientras que los cristales de colesterol son diagnósticos de pseudoquilotórax<sup>1,3,4,6,7</sup> (Figura 1).



**Figura 1.** Imagen de microscopía óptica mostrando cristales de colesterol, teniendo un aspecto típico de placas rectangulares con bordes dentados<sup>7</sup>

La toracocentesis, ya sea con fines diagnósticos o terapéuticos (evacuadora), suele mejorar la disnea de los pacientes sintomáticos<sup>5</sup> y, siempre que el pulmón subyacente a la pleura afecta sea funcional, debemos considerar la decorticación pleural<sup>4,6</sup>. Normalmente, cuando el paciente se encuentra asintomático no es necesario realizar ningún tratamiento y se intenta manejar de la forma más conservadora posible<sup>2</sup>. De esta manera, el tratamiento debe ser secuencial, tratando las causas subyacentes y evaluando la necesidad de técnicas intervencionistas o invasivas, como la pleurodesis o el drenaje torácico<sup>4</sup>.

A continuación, por su infrecuencia<sup>6</sup>, presentamos el caso de un paciente con diagnóstico de pseudoquilotórax secundario a infección por tuberculosis (TBC) pasada, tratada mediante neumotórax terapéutico en su juventud y con reactivación de esta en forma de tuberculosis pleural.

### Observación clínica:

Varón de 87 años, exfumador desde hace 40 años y bebedor habitual, con antecedentes de infección por TBC a los 20 años que fue tratada mediante neumotórax terapéutico, acude a Urgencias por cuadro clínico de 20 días de evolución consistente en tos con expectoración blanquecina, acompañándose los 2-3 últimos días de sensación distérmica, autoescucha de sibilantes y disnea progresiva hasta hacerse de reposo.

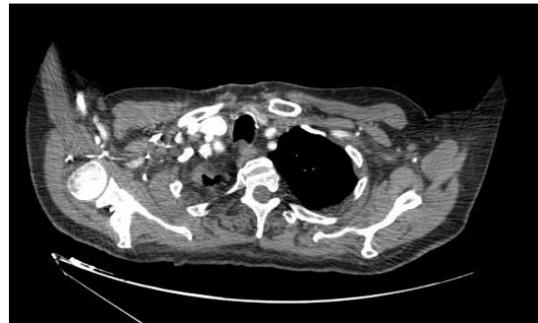
A la exploración física se encuentra febril ( $T^a$  39°C), con taquipnea en reposo a 24 rpm y con saturación de oxígeno basal de 88%. En la auscultación pulmonar destaca hipofonosis y crepitantes en base derecha y roncus bilaterales.

En la analítica se observa leucocitosis de 14760 (N 93.1%, L 2.8%) y en la gasometría arterial basal insuficiencia respiratoria hipoxémica con una  $pO_2$  de 52.2.

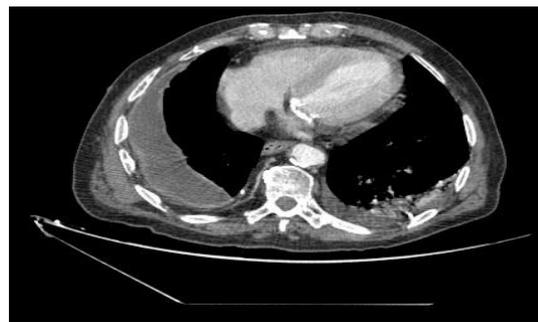
En las pruebas de imagen del tórax (Figuras 2 y 3) se aprecia DP bilateral de predominio derecho, con pérdida de volumen del hemitórax derecho y tractos fibrocicatriciales y paquipleuritis calcificada ipsilateral, con atelectasias laminares en LSD y LM, todo ello en probable relación con secuelas de proceso infeccioso antiguo, sin observarse adenopatías mediastínicas, nódulos pulmonares ni condensaciones parenquimatosas.



**Figura 2.** Radiografía de tórax PA: se aprecia acúmulo de líquido pleural en hemitórax derecho, con borramiento de hemidiafragma y seno costofrénico derecho. Característica forma de menisco



**Figura 3a.** TC torácico: zona correspondiente a ápex del pulmón derecho con tractos fibrocicatriciales y atelectasias laminares, correspondientes a probable infección tuberculosa pasada



**Figura 3b.** DP bilateral, destacando campo derecho y con correspondiente pérdida de volumen pulmonar en ambos hemitórax

Se realiza toracocentesis diagnóstico-terapéutica guiada por ecografía torácica, extrayéndose aproximadamente 300 cc de LP de aspecto lechoso. En el LP destaca: LDH 1256, colesterol 557, triglicéridos (TG) 337 y ADA 45.4, abundantes cristales de colesterol por microscopía (todo ello compatible con pseudoquilotórax secundario a tuberculosis antigua tratada mediante neumotórax terapéutico) y muy escasos BAAR en la tinción de Ziehl Nielsen.

El paciente presenta una buena evolución clínica durante el ingreso, decidiéndose alta a domicilio a la espera del cultivo de micobacterias del LP.

Posteriormente, una vez obtenidos los resultados de forma ambulatoria, se confirma crecimiento de *M. tuberculosis complex* (sensible a todos los fármacos testados), por lo que se inicia tratamiento tuberculostático de manera ambulatoria con esquema de primera línea (Isoniazida 5mg/kg + Rifampicina 10mg/kg + Pirazinamida 20mg/kg + Etambutol 20mg/kg durante 2 meses → Isoniazida 5mg/kg + Rifampicina 10mg/kg hasta completar 6 meses), con controles periódicos y seguimiento en CCEE Neumología.

El paciente, durante los 6 meses de tratamiento pautado, no presenta complicaciones ni toxicidad asociada al tratamiento, con buen cumplimiento y respuesta. Tras dos años de seguimiento, mantiene buena evolución, persistiendo DP derecho crónico leve sin complicaciones.

### Discusión:

El pseudoquilotórax comparte con el quilotórax el aspecto lechoso del LP y se diferencia de él por el bajo contenido de TG (TG <50 mg/dl) y el elevado nivel de colesterol (>250 mg/dl). Suelen ser derrames crónicos en los que, en ocasiones, se pueden visualizar cristales de colesterol. Como causas mayoritarias de pseudoquilotórax están la artritis reumatoide y la tuberculosis y su aparición está especialmente aumentada en pacientes sometidos a neumotórax terapéutico por TBC pulmonar<sup>1</sup>, como es nuestro caso.

En cuanto al diagnóstico de esta entidad, es necesario la realización de una toracocentesis diagnóstico-terapéutica para el análisis del contenido pleural, que será el que marque la mayor diferencia entre un derrame quiloso producido por quilotórax y un derrame quiliforme por pseudoquilotórax. Con esta exploración diagnóstica se podrá, en primer lugar, aproximar el diagnóstico según el aspecto macroscópico del LP y, por otro lado, confirmar el diagnóstico con un estudio microscópico y análisis de lípidos.

Con respecto al tratamiento, una vez drenado la mayor cantidad de líquido pleural y estabilizado clínica y hemodinámicamente al paciente, correspondería tratar la causa<sup>3,4,5</sup>. En nuestro caso, la principal sospecha es una reactivación tuberculosa, para lo cual se realizó cultivo de micobacterias del LP, que posteriormente confirmó el diagnóstico.

Dado que la tuberculosis pulmonar es una de las causas más frecuentes de pseudoquilotórax, algunos autores recomiendan instaurar tratamiento específico con tuberculostáticos siempre que el paciente tenga historia sugestiva de tuberculosis y no haya sido tratado nunca<sup>2,6</sup>. En nuestro caso, el paciente no tenía historial de haber sido tratado previamente con fármacos antituberculosos,

por lo que se instauró el tratamiento de forma ambulatoria.

A pesar de que el manejo del pseudoquilotórax no está bien definido todavía<sup>4</sup>, en la mayoría de los casos, estos derrames son benignos, con buen curso clínico después del drenaje del LP por toracocentesis, pero hay posibilidades no despreciables de recurrencia<sup>1,3</sup> y algunos estudios nos muestran resultados desfavorables con respecto al tratamiento invasivo (toracocentesis evacuadora, pleurodesis, drenaje torácico u otros<sup>4</sup>). Nuestro paciente, como ya se ha comentado anteriormente, presenta evolución clínica favorable, con un DP de pequeña cantidad crónico que no vuelve a producir sintomatología y una reactivación tuberculosa tratada con estrecho control.

### Bibliografía:

1. Villena Garrido V, Cases Viedma E, Fernández Villar A, de Pablo Gafas A, Pérez Rodríguez E, Porcel Pérez JM, et al. Normativa sobre el diagnóstico y tratamiento del derrame pleural. Actualización. Archivos de Bronconeumología. junio de 2014;50(6):235-49.
2. Pérez Rodríguez E, Villena Garrido MV. Enfermedades de la pleura. Majadahonda (Madrid: Ergón; 2003.
3. Montesinos RG, Martínez RR, de Luna FL, Naón AL. Manejo del paciente con derrame pleural. :10.
4. Lama A, Ferreiro L, Toubes ME, Golpe A, Gude F, Álvarez-Dobaño JM, et al. Characteristics of patients with pseudochoylothorax-a systematic review. J Thorac Dis. Agosto de 2016;8(8):2093-101
5. Berg J, Guiot J, Heinen V, Corhay J-L, Louis R, Duysinx B. CHYLOTHORAX ET PSEUDO-CHYLOTHORAX : Rev Med Liège. :5.
6. Priya MP, Dharmic S, Kar A, Suryanarayana V. An unusual case of pseudochoylothorax. J Pharm Bioallied Sci. abril de 2015;7(Suppl 1):S80-82.
7. Muresan C, Muresan L, Grigorescu I, Dumitrascu D. Chyliform effusion without pleural thickening in a patient with rheumatoid arthritis: A case report. Lung India. 2015;32(6):616.