

## **PSEUDOQUILOTÓRAX EN ARTRITIS REUMATOIDE DE CORTA EVOLUCIÓN Y SIN ENGROSAMIENTO PLEURAL: RECONSIDERANDO UNA TEORÍA FISIOPATOLÓGICA**

L.M. Sierra Murillo<sup>1</sup>, J. Hernández Borge<sup>1</sup>, J. González Granados<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>*Servicio de Neumología. Hospital Universitario de Badajoz, Badajoz, España.*

<sup>2</sup>*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Badajoz, Badajoz, España.*

**Resumen:** el pseudoquilotórax ha sido relacionado clásicamente con un defecto en la reabsorción de líquido en el contexto de un engrosamiento pleural que aparece tras largo tiempo de evolución de la etiología subyacente. Sin embargo, durante los últimos años se han reportado en diversos países, aunque muy pocos, casos de pacientes con este tipo de derrame en los que no existía una causa de larga evolución ni engrosamiento o calcificaciones pleurales. A nivel mundial, se han comunicado menos de 10 casos de estas características. En este manuscrito presentamos el caso de una mujer de 40 años con artritis reumatoide de corta evolución que desarrolló un pseudoquilotórax sin engrosamiento pleural.

**Palabras clave:** pseudoquilotórax, derrame pleural, artritis reumatoide, fisiopatología.

PSEUDOCHYLOTHORAX IN SHORT-DURATION RHEUMATOID ARTHRITIS WITHOUT PLEURAL THICKENING: RECONSIDERING A PHYSIOPATHOLOGICAL THEORY

**Abstract:** Pseudochylothorax has conventionally been associated with a deficit in the reabsorption of liquid in the context of pleural thickening, which appears over a long period of underlying etiology. However, in recent years, there have been reports in different countries, though very few, of patients with this type of effusion in which there is no long-standing cause nor plural thickening or calcification. Worldwide, fewer than 10 cases with these characteristics have been reported. In this study, we present the case of a 40-year-old woman with short-duration rheumatoid arthritis who developed a pseudochylothorax without pleural thickening.

**Keywords:** pseudochylothorax, pleural effusion, rheumatoid arthritis, physiopathology.

### **INTRODUCCIÓN**

El pseudoquilotórax es una causa infrecuente de derrame pleural, caracterizado por la presencia de un líquido de aspecto lechoso con concentraciones de colesterol superiores a los 200 mg/dl y unos niveles de triglicéridos inferiores a 110 mg/dl, observándose en algunos casos cristales de colesterol. Asimismo, no se aclara tras la centrifugación ni aplicación de éter etílico, lo que lo diferencia del empiema y del quilotórax, respectivamente<sup>1</sup>. Su principal causa, en contexto de engrosamiento pleural, son los derrames tuberculosos de larga duración seguidas de los derrames reumatoideos si bien se han descrito otras etiologías menos frecuentes como son la paragonimiasis, el cáncer de pulmón, la equinocosis pulmonar y la pleuritis hemorrágica<sup>2</sup>. Respecto al mecanismo fisiopatológico, nos encontramos en un escenario de desconocimiento ya que la hipótesis convencional ha sido puesta en duda recientemente. Presentamos un caso de

pseudoquilotórax en una paciente con artritis reumatoide de corta evolución sin engrosamiento pleural.

### **OBSERVACIÓN CLÍNICA**

Reportamos el caso de una mujer de 40 años, diagnosticada de artritis reumatoide seropositiva en 2014, en tratamiento con metotrexato, iniciado en escalada rápida tras el diagnóstico, sin otros antecedentes de interés, fumadora de 2 - 3 cigarrillos al día, administrativa de profesión. En noviembre de 2015 se detectó en una radiografía de tórax de control un pequeño derrame pleural derecho de forma incidental, suspendiéndose, por parte de reumatología, el tratamiento previo de su enfermedad de base con metotrexato e iniciándose administración de leflunomida. En abril de 2016 se prescribió corticoterapia a dosis altas en pauta descendente por empeoramiento a nivel articular, con inicial mejoría pero con

Recibido: 03.06.2019. Aceptado: 02.08.2019

Dr. Luis Miguel Sierra Murillo  
[sierramurillo1m@gmail.com](mailto:sierramurillo1m@gmail.com) / [lusierramed@hotmail.com](mailto:lusierramed@hotmail.com)

posterior recaída, de forma que, con una clínica articular florida pero asintomática desde el punto de vista respiratorio, pese a la persistencia del derrame y tras ser valorada en consultas externas de neumología, en junio de 2016 fue sometida a una toracocentesis diagnóstica en la que el líquido fue compatible con derrame reumatoideo: aspecto macroscópico espeso y turbio, glucosa 8 mg/dl, pH 7,04, colesterol 196 mg/dl, triglicéridos (TG) 28 mg/dl, Lactato Deshidrogenasa (LDH) 64 UI/L, aséptico. Desde entonces, se llevaron a cabo sucesivas revisiones, sustituyéndose el tratamiento con leflunomida por tocilizumab y reintroduciéndose asimismo corticoides a altas dosis en pauta descendente por persistencia de artralgias. En una revisión posterior, en febrero de 2017, se observó una progresión del derrame que coincidió con la aparición de disnea (Figura 1, imagen A), encontrándose en ese momento asintomática desde el punto de vista articular. La Tomografía Computarizada (TC) de tórax posterior (Figura 1, imagen B) mostró una importante cuantía de líquido, que condicionó atelectasia

pasiva de áreas posteriores subpleurales sin observarse afectación pleural ni encapsulamiento. En mayo de 2017 se decidió ingresar a la paciente con vistas a realizar una toracocentesis evacuadora para después plantear la necesidad de pleurodesis en función de la reexpansión pulmonar. Se drenó un total de 1.800 cc de líquido pleural de aspecto quiloso con criterios de pseudoquilotórax: pH 7,39, glucosa 11 mg/dl, proteínas totales 4,5 g/dl, colesterol 480 mg/dl, TG 94 mg/dl, Adenosina Desaminasa (ADA) 166 UI/L, amilasa 22 UI/L, LDH 9023 UI/L y factor reumatoide 70,3 UI/mL, aséptico y con material fibrinoide-grumoso, negativo para malignidad, sin observarse cristales de colesterol. Desde entonces presentó una clara mejoría en las pruebas de imagen (Figura 1, imagen C), objetivándose reexpansión pulmonar sin necesidad de gestos terapéuticos adicionales y sin haberse producido recaídas en las revisiones posteriores, la última de ellas en consultas externas de neumología a comienzos de 2019.

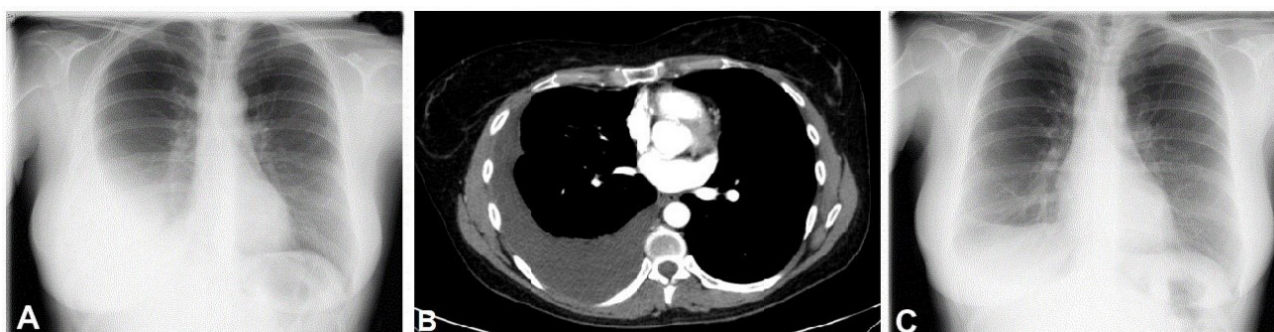


FIGURA 1. Radiografía de tórax que mostró aumento de derrame pleural que coincidió con empeoramiento de disnea (imagen A); TC de tórax que confirmó derrame de importante cuantía sin engrosamiento pleural (imagen B); Mejoría radiológica tras realización de toracocentesis evacuadora (imagen C).

## DISCUSIÓN

La patogénesis del pseudoquilotórax no está completamente aclarada en el momento actual. El mecanismo fisiopatológico clásico plantea que la lisis de eritrocitos y de neutrófilos en el espacio pleural libera colesterol y complejos lecitina-globulina, que quedan atrapados en dicha cavidad a consecuencia del engrosamiento fibrótico pleural que bloquea el adecuado drenaje por parte del sistema linfático. Este engrosamiento obedece a causas de larga evolución<sup>3</sup>. Sin embargo, esta teoría presenta debilidades que han llevado a que no sea totalmente aceptada, pues se han descrito casos excepcionales (menos de 10 reportes a nivel

mundial) asociados a artritis reumatoide de corta evolución sin engrosamiento pleural, características que encontramos en nuestra paciente. Todo ello sugiere que un proceso subagudo o agudo puede determinar la aparición de este tipo de derrame<sup>4,5</sup>. A raíz de estos hallazgos, se ha propuesto que procesos inflamatorios agudos pueden producir un aumento de permeabilidad de derivados del colesterol LDL plasmático hacia la cavidad pleural, el cual sería después transformado en colesterol HDL por metabolismo local, lo que explicaría el predominio de colesterol HDL en el pseudoquilotórax, sin poder descartarse la implicación del transporte activo<sup>3</sup>. Cabe mencionar que la presencia de cristales

de colesterol, ausentes en nuestro caso, también ha sido descrita en episodios de artritis reumatoide de corta evolución<sup>3</sup> y en ausencia de engrosamiento pleural<sup>5</sup>.

El paso inicial en el manejo del pseudoquilotórax es el tratamiento del proceso subyacente cuando éste sea tratable. La toracocentesis evacuadora y los procedimientos de segunda elección se plantearán en función de la intensidad clínica, deterioro funcional y capacidad de reexpansión pulmonar del paciente. En general en casos asintomáticos no se requiere realizar una técnica de drenaje específica<sup>6</sup>.

En caso de disnea de reposo o reducción de capacidad de ejercicio debido a los efectos mecánicos del derrame, se recomienda la toracocentesis evacuadora, aunque los datos que respaldan esta afirmación obedecen a informes de casos y series de casos<sup>2</sup>. La medición de la presión intrapleural durante la evacuación, que no se realizó en este caso, podría ser de ayuda en aquellas situaciones en las que exista sospecha de engrosamiento o aumento de rigidez, tanto de la pleura visceral como del parénquima subyacente<sup>7</sup>, de forma que puede resultar una herramienta útil para distinguir a aquellos pacientes con pulmón expansible de los que sufran un atrapamiento pulmonar y, en base a ello, evitar complicaciones derivadas del procedimiento. Se ha observado que la recurrencia puede presentarse hasta en un 64% de los pacientes. Sin embargo en nuestra paciente, tras la realización de toracocentesis evacuadora y modificación del tratamiento de su enfermedad de base, no se han vuelto a producir hasta el momento recidivas. En caso de fracaso de las medidas anteriores y para evitar complicaciones secundarias a la toracocentesis de repetición (empiema, fistula pleurocutánea, etc.), clásicamente se ha propuesto la decorticación como una de las alternativas de segunda línea, aunque en los pacientes, como la descrita en el presente manuscrito, este tratamiento no procedería al no existir fibrosis pleural.

Las medidas alternativas a considerar en los casos sin fibrosis podrían ser la derivación pleuroperitoneal y la pleurodesis química, aunque respecto a ésta última existe evidencia fundamentalmente en casos de quilotórax, sin haberse obtenido tanto éxito como en los de derrame pleural maligno<sup>7,8</sup>. Un mejor entendimiento de la fisiopatología del pseudoquilotórax conllevará grandes avances en el manejo de aquellos casos recurrentes pese a toracocentesis evacuadoras repetidas en los que no esté indicada la decorticación.

**Agradecimientos:** al Servicio de Neumología del Hospital Universitario de Badajoz, por su siempre cariñosa y desinteresada ayuda.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Horta-Baas G. Short involved pseudo chylothorax without pleural thickening. *Med Clin* 2016; 146 (12): 564.
2. García-Zamalloa A, Ruiz-Irastorza G, Aguayo FJ et al. Pseudochylothorax. Report of 2 cases and review of the literature. *Medicine (Baltimore)* 1999; 78(3): 200-7.
3. Wrightson JM, Stanton AE, Maskell NA et al. Pseudochylothorax without pleural thickening: Time to reconsider pathogenesis. *Chest* 2009; 136(4): 1144-1147.
4. Zamora L, Moreno G, Maestro A. Pseudoquilotórax sin engrosamiento pleural asociado a artritis reumatoide. *Arch Bronconeumol*. 2016; 52(10): 533-34.
5. Muresan C, Muresan L, Grigorescu I et al. Chyliform effusion without pleural thickening in a patient with rheumatoid arthritis: A case report. *Lung India* 2015; 32(6): 616-19.
6. Lama A, Ferreira L, Toubes ME et al. Characteristics of patients with pseudochylothorax—a systematic review. *J Thorac Dis* 2016; 8(8): 2093.
7. Hillerdal G. Chylothorax and pseudochylothorax. *Eur Respir J* 1997; 10(5): 1157.
8. Huggins JT. Chylothorax and cholesterol pleural effusion. *Semin Respir Crit Care Med* 2010; 31(6): 743.