



Imagen clínica

Derrame pleural masivo como manifestación inicial de linfangioleiomiomatosis

Massive pleural effusion as manifestation of lymphangioleiomyomatosis

Ricardo Ardila-Castellanos^{a,b,*} y Lorenzo Corbetta^{b,c}

^a Servicio de Neumología, Clínica Central Fundadores, Medellín, Colombia

^b Máster Broncoscopia y Neumología Intervencionista, Università degli studi Firenze, Florencia, Italia

^c Profesor asociado Medicina Respiratoria, Hospital Universitario de Careggi; director del programa de Neumología Intervencionista, Università degli studi Firenze, Florencia, Italia



Mujer de 38 años, sin antecedentes importantes que al ingreso refirió disnea, desaturación arterial de oxígeno y sonidos respiratorios abolidos izquierdos en la auscultación pulmonar. Le realizaron una tomografía computarizada (TC) de tórax que evidenció la presencia de derrame pleural masivo izquierdo, por lo cual solicitaron evaluación por Neumología. Por protocolo institucional, a los pacientes con derrame pleural masivo sintomático se les realiza un drenaje pleural con tubo de tórax, evaluando durante el mismo procedimiento el espacio pleural con toracoscopia médica. Macroscópicamente el liquido pleural fue compatible con quilotórax (confirmado posteriormente por un valor de

triglicéridos de 1.170 mg/dL en liquido pleural), se drenaron 3000 mL y no se evidenciaron lesiones en la pleura o a nivel del vértice izquierdo durante la toracoscopia (fig. 1). Tras lograr la reexpansión pulmonar se realizó una TC de tórax, encontrando múltiples lesiones pulmonares de aspecto quístico que sugirieron el diagnostico de linfangioleiomiomatosis (LAM), por lo cual se decidió realizar biopsia pulmonar por videotoracoscopia y pleurodesis. El resultado anatomopatológico confirmó el diagnostico. Finalmente, no se evidenció recurrencia seis meses después. En la LAM, el compromiso pleural predominante en hasta el 80% de los pacientes es el neumotórax¹. Además, el derrame pleural de

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: ricardoardilac@yahoo.com (R. Ardila-Castellanos).

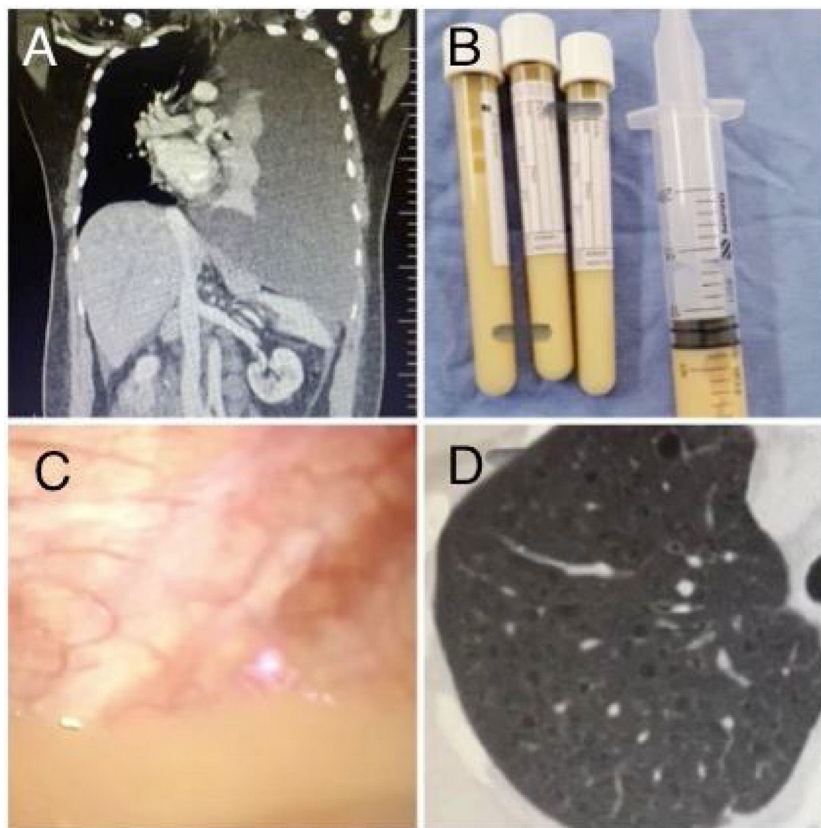


Figura 1. A: TC de tórax al ingreso donde se aprecia derrame pleural masivo izquierdo. B: Líquido pleural compatible con quilotórax. C: Toracoscopia médica donde se observa el líquido pleural macroscópicamente. D: TACAR de tórax donde se visualizan lesiones quísticas pulmonares.

tipo quilotórax como presentación de la LAM se puede ver hasta en un 20% de los casos², siendo poco frecuente la presentación como derrame pleural masivo

Consentimiento informado

Los autores confirman que se ha obtenido el consentimiento por escrito de todos los pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Riley LE, Ataya A. Clinical approach and review of causes of a chylothorax. *Respir Med.* 2019;157:7–13.
2. McCarthy C, Gupta N, Johnson SR, Yu JY, McCormack FX. Lymphangioleiomyomatosis: pathogenesis, clinical features, diagnosis, and management. *Lancet Respir Med.* 2021;9:1313–27.