



dos favorables con el uso de esteroides⁹, aunque su utilidad definitiva está aún por demostrar.

Este caso demuestra que la adulteración de la droga inyectada puede por sí sola llegar a producir una GPCE por lo que, aunque entre los ADVP de nuestro medio no está muy extendido el hábito de inyectarse comprimidos i.v., es importante tener siempre presente esta entidad.

S. de los Santos*, M. Morales⁺,
N. Martínez* y J.M. Conde^o

Servicio de Neumología. Virgen del Rocío*
y Servicios de Medicina Interna⁺ y Anatomía Patológica^o
del Hospital de Valme. Sevilla.

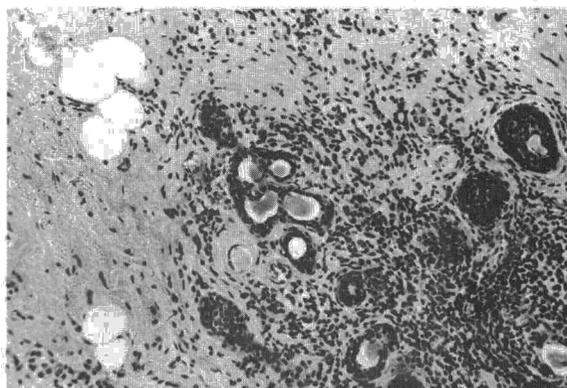


Fig. 1. Parénquima tiroideo con marcada fibrosis e inflamación crónica. Presencia de escasos folículos atróficos con metaplasia escamosa (HE 10 × 10).

BIBLIOGRAFIA

1. Frand UI, Shim C, Williams MH Jr. Heroin-induced pulmonary edema: sequential studies of pulmonary function. *Ann Intern Med* 1972; 77:29-35.
2. Rho YM. Infections as fatal complications of narcotism. *NY State J Med* 1972; 72:823-830.
3. Jaffee RB, Koschmann EB. Septic pulmonary emboli. *Radiology* 1970; 96:527-532.
4. Spain DM. Patterns of pulmonary fibrosis as related to pulmonary function. *Ann Intern Med* 1950; 33:1150-1163.
5. Marschke G, Haber L, Feinberg M. Pulmonary talc embolization. *Chest* 1975; 68:824-826.
6. Waller BF, Brownlee WJ, Roberts WC. Self-induced pulmonary granulomatosis. *Chest* 1980; 78, 1:90-94.
7. Radow SK, Nachamkin I, Morrow C et al. Foreign body granulomatosis. *Am Rev Respir Dis* 1983; 127:575-580.
8. Farber HW, Fariman RP, Glauser FL. Talc granulomatosis: laboratory findings similar to sarcoidosis. *Am Rev Respir Dis* 1982; 125:258-261.
9. Smith RH, Graf MS, Silverman JF. Successful management of drug induced talc granulomatosis with corticosteroids. *Chest* 1978; 73, 4:552-554.

Derrame pleural como forma de presentación de hipotiroidismo

Sr. Director: El hipotiroidismo es una endocrinopatía relativamente frecuente, que se presenta generalmente con signos y síntomas característicos¹. Sin embargo, existen otras manifestaciones que, aunque inusuales, pueden dominar el cuadro clínico². Si esto ocurre, y no es reconocido a tiempo, pueden derivarse consecuencias potencialmente graves para el paciente. Entre estas manifestaciones, figuran los derrames en serosas combinados o aislados. Aportamos un caso en el que un exudado pleural fue la forma de presentación de la enfermedad.

Enferma de 72 años remitida por derrame pleural izquierdo de cuatro meses de evolución. En la

anamnesis, destacaba un síndrome consuntivo de moderada intensidad, disnea de medianos esfuerzos sin ortopnea, y ritmo intestinal a días alternos. La exploración, revelaba palidez conjuntival y alopecia generalizada de instauración progresiva. No se evidenciaron bocio, edema facial, ronquera ni alteración del nivel de conciencia. La piel era seca, atrófica y descamativa con zonas de hiperqueratosis. Existían edemas maleolares que no dejaban fovea. En la analítica destacaban: anemia de 9,8 g/dl de Hb, normocítica-normocrómica e hiporre-generativa; LDH 309 U/l; colesterol 289 mg/dl e hiponatremia de 130 mEq/l. El mantoux, las baciloscopias y las citologías seriadas de esputo fueron negativas. En la Rx de tórax, se apreciaba un derrame pleural libre que ocupaba casi la mitad del hemitórax izquierdo, adenopatía hilar derecha calcificada y síndrome de Chilaiditi. El ECG mostraba un ritmo sinusal a 68 l.p.m. con complejos de escasa amplitud y aplanamiento difuso de la onda T. El líquido pleural, de aspecto seroso, resultó ser un exudado estéril. El examen citológico objetivó una moderada pleocitosis de predominio linfocitario e hiperplasia mesotelial reactiva, sin presencia de células malignas. Se realizó una biopsia pleural ciega, que mostró un infiltrado inflamatorio de tipo crónico, sin evidencia de proceso tumoral.

Ante la negatividad de estas investigaciones y valorando datos analíticos como la anemia, hiponatremia e hipercolesterolemia y clínicos como las alteraciones dermatológicas y electrocardiográficas, se solicitaron niveles de hormonas tiroideas que confirmaron el diagnóstico de hipotiroidismo primario.

La enferma falleció de forma súbita antes de iniciar el tratamiento sustitutivo. La autopsia evidenció marcada atrofia de la glándula tiroidea que histológicamente presentaba escasos folículos coloides y un tejido fibroso con intenso infiltrado inflamatorio crónico (fig. 1). Existía moderado derrame pericárdico y la pleura presentaba fibrosis e infiltrado inflamatorio crónico. En el resto del examen



no se encontró otra causa de la muerte salvo la enfermedad de base.

Según Klein y Levey², los derrames en serosas, al igual que otras manifestaciones inusuales del hipotiroidismo, pueden presentarse antes que otros síntomas más típicos e incluso, ocurrir con grados ligeros de hipofunción tiroidea. Lo habitual es una afectación multicavitaria³; pero están descritas las aisladas y, entre ellas, la pleural⁴. No obstante, en la mayoría de los casos, la afectación pleural es simultánea a la pericárdica⁵. El derrame, aunque ocasionalmente puede tener las características de trasudado^{5,6}, suele ser un exudado con moderada pleocitosis², en el que predominan los linfocitos por corresponder a un derrame de evolución crónica. Su producción parece obedecer tanto a un aumento de la permeabilidad linfática a proteínas y mucopolisacáridos, como a una disminución del drenaje linfático⁷.

La presencia de un exudado pleural con linfocitosis obliga a descartar de entrada la etiología tuberculosa o neoplásica. Sin embargo, cuando tras una aproximación diagnóstica no se confirman tales posibilidades, el diagnóstico diferencial debe de realizarse con otros procesos menos frecuentes entre los que se incluye el mixedema.

**J. Camacho Siles, J.L. García Satué,
A. Santana Acosta*, J.A. Serrano Iglesias
y J. Villamor León**

Servicio de Neumología y Departamento
de Anatomía Patológica*. Hospital La Paz.
Facultad Autónoma de Medicina. Madrid.

BIBLIOGRAFIA

- Hall R, Scanlon MF. Hypothyroidism: clinical features and complications. *Clin Endocrinol Metabol* 1979; 8:29-38.
- Klein I, Levey GS. Unusual manifestations of hypothyroidism. *Arch Intern Med* 1984; 144:123-128.
- Sachdev Y, Hall R. Effusions into cavities in hypothyroidism. *Lancet* 1975; 1:564-565.
- Schneierman SJ, Katz M. Solitary pleural effusions due to myxedema. *JAMA* 1958; 168:1003-1005.
- Light RW. Transudative pleural effusions. En: Light RW ed. *Pleural Diseases*. Philadelphia, Lea and Fabiger 1983; 69-76.
- Smolar EN, Rubin JE, Avramides A, Carter AC. Cardiac tamponade in primary myxedema and review of the literature. *Am J Med Sci* 1976; 272:345-352.
- Parving HH, Hansen JM, Nielsen SL, Rossing N, Munck O, Lassen NA. Mechanism of edema formation in myxedema. Increased protein extravasation and relatively slow lymphatic drainage. *N Engl J Med* 1979; 301:460-465.

Pleuropericarditis eosinofílica como manifestación inicial de la enfermedad de Hodgkin

Sr. Director: La enfermedad de Hodgkin es un linfoma de origen y progresión unicéntricos cuya expresión clínica inicial suele ser la aparición de un complejo adenopático aislado en alguna de las re-

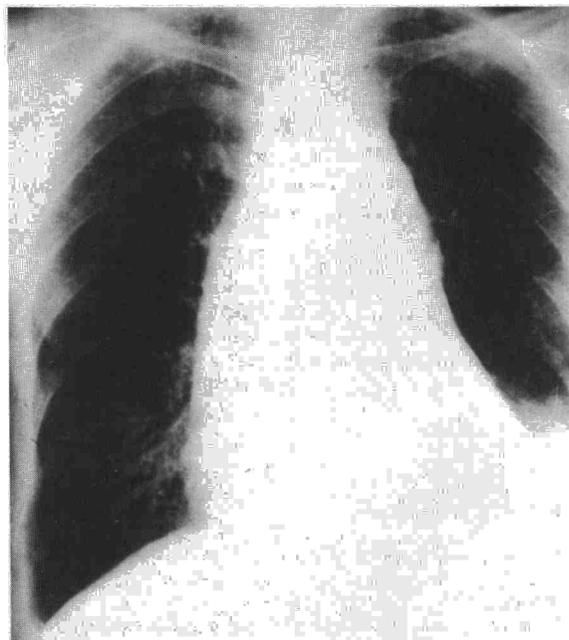


Fig. 1. Radiografía de tórax: ensanchamiento mediastínico y derrame pleural bilateral.

giones ganglionares del organismo, con mayor frecuencia en la cervical¹.

Presentamos el caso de una paciente cuyo interés radica en la forma de presentación, ya que la afectación pleuropericárdica es extremadamente rara como forma de inicio de la enfermedad.

Paciente de 62 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés, que ingresó por presentar síndrome tóxico con pérdida de 3 kg de peso y edemas bimaleolares de tres meses de evolución. Semiológicamente, existía una disminución del murmullo vesicular en las bases de ambos hemitórax. En la analítica resaltaba una eosinofilia del 25 % con un total de 6.500 leucocitos. La radiología de tórax mostraba un aumento del tamaño de la silueta cardíaca y del mediastino, así como un derrame pleural bilateral y un infiltrado pulmonar biapical (fig. 1).

Los exámenes de esputo únicamente mostraban abundantes leucocitos con predominio de eosinófilos. El líquido y la biopsia pleural eran normales.

El mielograma practicado mostraba un infiltrado eosinófilo. La tomografía mediastínica, ecocardiograma en modo M y 2D y la TAC toraco-abdominal evidenciaron la existencia de un derrame pericárdico con signos de compresión y derrame pleural izquierdo. No se observaron adenopatías.

Con el diagnóstico de pleuropericarditis, derrame pericárdico, eosinofilia sanguínea y derrame pleural eosinófilo sin conocer la etiología y con empeoramiento de la situación clínica de la paciente, se decidió realizar una esternotomía media observando una masa mediastínica anterior que infiltraba pulmón derecho, pericardio, grandes vasos