



Cartas al Director

Formación de derrame pleural en el curso de un mieloma

*Pleural effusion formation in the course of myeloma*

Sr. Director:

El mieloma múltiple (MM) es la segunda neoplasia hematológica maligna más frecuente y se presenta generalmente con dolor óseo, fracturas patológicas y anemia¹. Puede afectar al tórax en forma de lesiones óseas, plasmocitomas, infiltraciones pulmonares y derrame pleural². Si bien el derrame pleural se observa en el 6% de pacientes con mieloma³, el derrame pleural por infiltración de células plasmáticas es poco frecuente, con una incidencia del 0,8% y menos de 100 casos descritos hasta la fecha.

A un hombre de 62 años de edad se le diagnosticó MM (Ig G-kappa) en estadio IIIA en junio de 2010. Se le trató con 2 ciclos de bortezomib y, a continuación, se le realizó un trasplante autólogo de células madre en septiembre de 2010. Para mantenimiento se le trató con ciclofosfamida a una dosis de 50 mg/día. Se presentó con dolor en el pecho en agosto de 2012 y se le detectó una masa palpable en el hemitórax izquierdo. La radiografía simple mostró múltiples fracturas costales y el PET-TAC reveló una masa expansiva de 8 × 9 cm ubicada en el hemitórax izquierdo a la altura de las costillas 9.^a y 10.^a (valor de captación estandarizado máximo 15,5). Los resultados de las pruebas de laboratorio fueron: hemoglobina 14,1 g/dl, leucocitos $5 \times 10^9/L$, plaquetas $242 \times 10^9/L$, creatinina 0,8 mg/dl, ácido úrico 6 mg/dl, calcio 10,7 mg/dl, proteína total 7,4 g/dl, albúmina 4,9 g/dl, globulina 2,5 g/dl, kappa 217 mg/dl y microglobulina β -2 3.668 ng/ml. La electroforesis de proteínas séricas fue normal. La detección por FISH de 17p13, 1 (gen p53) fue negativa. La biopsia de médula ósea mostró infiltración de células plasmáticas CD138 (+) y kappa (+). Se le trató con lenalidomid-dexametasona y, tras 2 ciclos de tratamiento, se detectó un derrame pleural en el hemitórax izquierdo en noviembre de 2012 (fig. 1). Se realizó toracocentesis, que reveló exudado con 6 g/dl de proteína. El examen citológico mostró pequeños linfocitos, leucocitos polimorfonucleares, células mesoteliales y células plasmáticas atípicas positivas a CD138 e Ig G-kappa. La tinción inmunohistoquímica frente a HHV-8 fue negativa y los cultivos bacterianos y de micobacterias fueron negativos. Se añadió tratamiento con bortezomib, pero el paciente falleció por insuficiencia respiratoria 2 meses tras el diagnóstico de afectación pleural.

El derrame mielomatoso maligno aparece por una infiltración de la pleura causada por la proliferación anormal de células plasmáticas de un plasmocitoma extramedular de la pared torácica, de los pulmones o de los huesos. Los criterios de diagnóstico del derrame pleural mielomatoso son: hallazgo de una proteína monoclonal por electroforesis del líquido pleural, detección de células plasmáticas atípicas en el líquido pleural y confirmación histológica por biopsia pleural⁴. La afectación de la cavidad pleural tiene mal pronóstico y

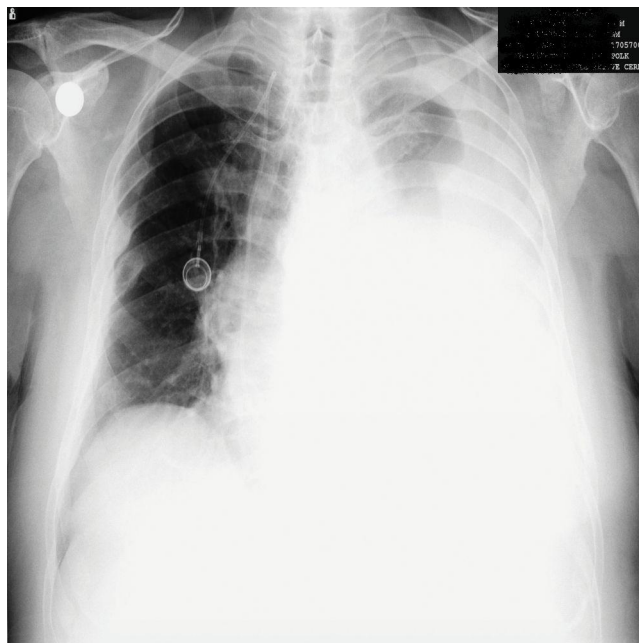


Figura 1. Derrame pleural en el hemitórax izquierdo. Radiografía posteroanterior.

se administró quimioterapia sistémica (interferones, bortezomib, talidomida), radioterapia, trasplante autólogo de células madre e inyección directa de agentes quimioterápicos en la cavidad pleural. Ha habido muy pocos casos de derrame pleural maligno en los que bortezomib haya sido eficaz, pero la infiltración pleural resulta fatal, con una mediana de supervivencia de 1,5-3 meses. Por lo tanto, en el mieloma con afectación de las cavidades pleurales, se pueden indicar los regímenes de quimioterapia más agresivos.

Autoría

Departamento de Hematología, +90 232 3903504. Recogió los datos y preparó el manuscrito.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Smith A, Howell D, Patmore R, Jack A, Roman E. Incidence of haematological malignancy by sub-type: A report from the Haematological Malignancy Research Network. *Br J Cancer*. 2011;105:1684-92.
- Oudart JB, Maquart FX, Semouma O, Lauer M, Arthuis-Demoulin P, Ramont L. Pleural effusion in a patient with multiple myeloma. *Clin Chem*. 2012;58:4672-6.
- Rodríguez JN, Pereira A, Martínez JC, Conde J, Pujol E. Pleural effusion in multiple myeloma. *Chest*. 1994;105:622-4.

4. Varettoni M, Corso A, Pica G, Mangiacavalli S, Pascutto C, Lazzarino M. Incidence, presenting features and outcome of extramedullary disease in multiple myeloma: A longitudinal study on 1003 consecutive patients. *Ann Oncol*. 2010;21:325-30.

Melda Comert^{a,*}, Soner Gursoy^b y Mahmut Tobu^a

^a Departamento de Hematología, Facultad de Medicina, Universidad Ege, Esmirna, Turquía

^b Departamento de Cirugía Torácica, Hospital de Investigación Suat Seren, Esmirna, Turquía

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: meldacomert@hotmail.com (M. Comert), grssoner@gmail.com (S. Gursoy), mtobu@yahoo.com (M. Tobu).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.05.009>

Derrame pleural secundario a infección por *Actinomyces* como complicación tardía de una colecistectomía laparoscópica



Pleural Effusion Secondary to Actinomyces Infection as a Late Complication of Laparoscopic Cholecystectomy

Sr. Director:

Existen casos descritos de actinomycosis intraabdominal después de años de realizada una colecistectomía, aunque es una complicación infrecuente. Debido al lento crecimiento del *Actinomyces*, los síntomas pueden presentarse meses o años después de la cirugía^{1,2}.

Presentamos el caso de un paciente de 71 años que tuvo una colecistitis aguda con realización de colecistectomía laparoscópica diferida. Cuatro años después consultó por disnea, tos, astenia y dolor pleurítico en hemitórax derecho. En la exploración física destacaba un aumento de volumen, de consistencia dura y dolorosa en la región lateral de hemitórax derecho (fig. 1A) y abolición del murmullo vesicular en dicho hemitórax. Se evidenció elevación de reactantes de fase aguda, y la radiografía de tórax mostró derrame pleural derecho. La tomografía computarizada (TC) reveló engrosamiento de la pleura del seno costofrénico posterolateral derecho, de 2,5 cm de espesor y una zona hipodensa en su interior con afectación de grasa extrapleural, engrosamiento de músculos y derrame pleural (fig. 1B). Se realizó toracocentesis, obteniéndose líquido compatible con exudado polimorfonuclear que después viró a linfomononuclear. Microbiología y citología negativas. Se realizó punción-aspiración del engrosamiento pleural informada como inflamación abscesificada. La ecografía de la región costal mostró una colección hipocóica de 3 cm, con múltiples ecos, compatible con absceso que se puncionó y se extrajo material purulento, donde

se cultivó *Actinomyces israelii* y *Escherichia coli*. Desde entonces presentó una fístula a pared torácica. Se inició tratamiento intravenoso (i.v.) con amoxicilina/clavulánico durante 14 días y posteriormente 4 semanas más con penicilina G i.v.. Tras 6 semanas de antibiótico i.v., hubo mejoría clínica y se cerró la fístula. Se decidió continuar con amoxicilina oral hasta completar 12 meses de tratamiento. La TC de control después de 5 meses de antibiótico mostró disminución del derrame con estabilidad del engrosamiento pleural.

Actinomyces israelii habita en la cavidad oral y el tracto gastrointestinal superior. La infección se produce por destrucción de la barrera mucosa debido a manipulación endoscópica, cirugía o inmunosupresión. Histológicamente, los gránulos de azufre son característicos. El diagnóstico definitivo se realiza con el aislamiento microbiológico³. Suele afectar a varones de mediana edad con mala higiene dental. La localización más frecuente es el área cervicofacial (50%), seguida del abdomen (20%) y el tórax (15-20%)².

La causa más frecuente de afectación torácica es aspiración de secreciones², y puede presentarse como empiema, neumonía que evoluciona a cavitación, afectación pericárdica o diafragmática⁴.

Los síntomas son variables e inespecíficos, pudiendo estar asintomático. Suele haber elevación de reactantes de fase aguda³.

El tratamiento inicial es i.v., con dosis máxima durante 4-6 semanas y luego tratamiento oral durante 6 a 12 meses más. El fármaco de elección es penicilina, y para pacientes alérgicos se puede utilizar tetraciclina, eritromicina o clindamicina. La afectación torácica suele requerir tratamiento más prolongado que la afectación a otro nivel. Existen indicaciones específicas para cirugía, y siempre debe ir asociada a antibiótico prolongado con altas dosis, ya que por sí sola no es curativa^{2,5}.

Cuando se diagnostica e inicia tratamiento de forma temprana tiene buen pronóstico, con baja mortalidad⁵.

Por tanto, un derrame pleural asociado a compromiso de pared torácica en un paciente con antecedente de colecistectomía

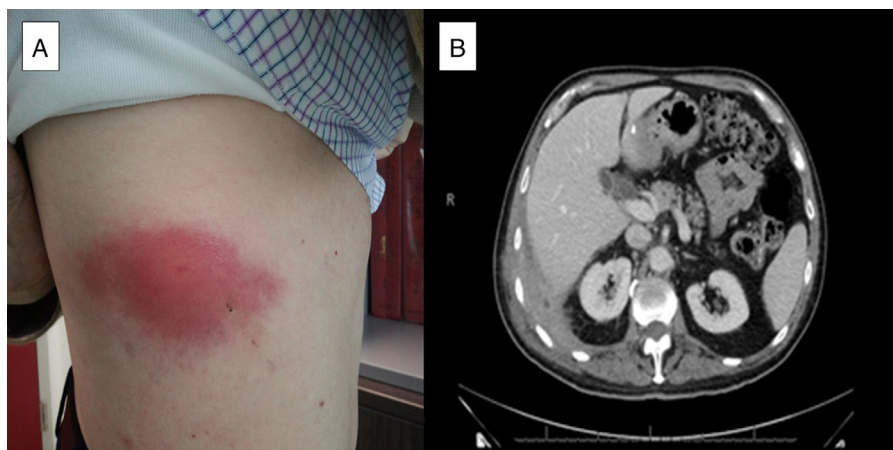


Figura 1. A: Imagen de lesión en región lateral de hemitórax derecho. B: Corte de TC torácico donde se observa engrosamiento pleural del seno costofrénico posterolateral derecho con zona hipodensa en su interior, afectación de grasa extrapleural, engrosamiento de músculos y derrame pleural.