

Quilotórax

Cad Aten Primaria
Año 2014
Volume 20
Pág. 107-108

Someso Orosa, Elvira¹; Ferreiro Uriz, Óscar²; Alfaya García, Lourdes²

1 Médico de familia. PAC de A Coruña.

2 Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de A Coruña.

Palabras clave: *chylothorax, quilotórax*

INTRODUCCIÓN

Mujer de 63 años con antecedentes de lobectomía inferior derecha por nódulo mamario en lóbulo inferior derecho. Lapaciente fue diagnosticada años antes de carcinoma ductal infiltrante de mama izda con recidiva posterior en la misma mama y en la cicatriz.

Dos semanas después de la cirugía la paciente acude a nuestro centro de salud a realizar cura de toracotomía, refiriendo molestias en la zona de la cicatriz .

En la exploración, en posición de decúbito lateral al presionar los bordes de la herida se observa salida de líquido de aspecto no purulento y poco denso.

La paciente está afebril y, en la auscultación pulmonar se detecta hipoventilación basal derecha.

PREGUNTAS

¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- 1.-Seroma de la herida quirúrgica.
- 2.-Infección de la herida quirúrgica.
- 3.-Cuerpo extraño en herida quirúrgica.
- 4.-Quilotórax postquirúrgico.
- 5.-Derrame pleural tumoral.

RESPUESTA CORRECTA: 4

DIAGNÓSTICO

La paciente es derivada desde nuestro centro de salud al hospital con la sospecha diagnóstica de quilotórax.

Ingresa en el hospital por posible infección de la herida Quirúrgica. Durante el ingreso, la paciente permanece afebril, y eupneica. El débito por el orificio de drenaje cesa, pero los controles radiológicos indican un aumento del líquido pleural derecho por lo que se solicita TAC torácico y se decide la colocación de un tubo de drenaje.

El estudio del líquido pleural confirma la existencia de un quilotórax.

EXPLICACIÓN FINAL

El aspecto no purulento y poco denso del líquido, a pesar de las molestias locales en la herida nos hizo dudar acerca de una infección de la misma pero la gran cantidad de líquido drenada, al cambiar de postura la paciente, nos decantó por la posibilidad de que estuviésemos viendo líquido procedente del espacio pleural que drenaba por una fistula producida a través de los planos de la cirugía torácica.

La falta de fiebre hacía poco probable un empiema.

El quilotórax era una posibilidad al haber un antecedente quirúrgico reciente (12 días) que permitía una acumulación progresiva del líquido del conducto linfático en el espacio pleural. Esta forma de presentación clínica, no es la típica que suele consistir en un déficit gradual de tolerancia al ejercicio, disnea, sensación de pesadez en tórax y fatiga. Rara vez, se presenta como dolor torácico o fiebre pues no produce inflamación pleural.

También hay que recordar que la apariencia lechosa o turbia propia de los quilotórax sólo se observa en la mitad de los pacientes, de hecho, su aspecto puede ser también seroso o sanguinolento. Por tanto, la ausencia de aspecto lechoso no excluye la posibilidad de quilotórax, especialmente en paciente con malnutrición o con dieta pobre en grasas.

El quilotórax es el acúmulo de quilo en el espacio pleural. Puede tener

Correspondencia

Elvira Someso Orosa.
elvira.someso.rosa@sergas.es

su origen en el tórax (obstrucción o ruptura del conducto linfático torácico o sus vasos tributarios) o en el abdomen (ascitis quilosa que pasa a través del diafragma al espacio pleural).

Debe diferenciarse del pseudoquilotórax, que es una entidad rara en pacientes con engrosamiento o calcificación de la superficie pleural en el contexto de patología pulmonar crónica inflamatoria (tuberculosis y artritis reumatoide pueden presentarlo).

Ambos procesos se caracterizan por drenar un líquido macroscópicamente turbio o lechoso. En el caso del pseudoquilotórax, el colesterol pleural está elevado (>200 mg/dl) y el cociente colesterol pleural/colesterol en sangre es >1.

En el quilotórax los triglicéridos en el líquido pleural son > 110mg/dl, pueden aparecer cifras de triglicéridos <110 mg/dl en 15% de los casos y <50 mg/dl en 3% casos. Si existe sospecha clínica clara de quilotórax debe realizarse una electroforesis de lipoproteínas del líquido pleural que confirma o descarta la presencia de quilotórax.

En el caso de nuestra paciente el análisis de líquido pleural contabilizó 3066 mg/dl de triglicéridos con un líquido pleural de aspecto lechoso. El TAC evidenció un derrame pleural derecho.

La paciente fue tratada con un tubo de drenaje torácico, con tratamiento dietético y con octreótido iv. Es aconsejable que el tubo de drenaje no se mantenga más de 14 días, pues el drenaje de linfa durante más tiempo implica un importante grado de inmunodepresión y malnutrición.

No está clara que estrategia nutricional es mejor, si el ayuno con nutrición parenteral total o una dieta con exclusión de triglicéridos de cadena larga (así se reduciría la producción de monoglicéridos y ácidos grasos que formarían los quilomicrones que se transportarían por la linfa desde el intestino), suplementada con triglicéridos de cadena media (pasan a las células intestinales y se transportan directamente al hígado a través de la porta).

El Octreótido es un análogo de la somatostatina con una mayor vida media en la circulación que actúa a nivel de los receptores de somatostatina reduciendo el volumen del conducto torácico al inhibir las secreciones gástricas, pancreáticas y biliares e inhibiendo la absorción desde el intestino.

Otras estrategias terapéuticas son la pleurodesis y la ligadura del conducto torácico, shunt pleurovenoso o pleuroperitoneal y la embolización del conducto torácico. Se manejan cuando fallan las previas y según la experiencia del equipo con la técnica y la valoración del caso.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Doerr CH, Allen MS, Nichols FC 3rd, Ryu JH. Etiology of chylothorax in 203 patients. *Mayo Clinic Proc* 2005; 80:867.
- 2 Zabeck H, Mulley T, Dienemann H, Hoffmann H. Management of chylothorax in adults: when is surgery indicated? *Thorac Cardiovasc Surg* 2011; 59:243.
- 3 Prakash, USB. Chylothorax and pseudochylothorax. *Eur Respir Mon* 2002; 7:249.
- 4 Huggins JT. Chylothorax and cholesterol pleural effusion. *Semin Respir Crit Care Med* 2010; 31:743.
- 5 Maldonado F, Hawkins FJ, Daniels CE, et al. Pleural fluid characteristics of chylothorax. *Mayo Clin Proc* 2009; 84:129.
- 6 Maldonado F, Cartin-Ceba R, Hawkins FJ, Ryu JH. Medical and surgical management of chylothorax and associated outcomes. *Am J Med Sci* 2010; 339:314.