

CASTAÑEDA SALDAÑA, Enrique; BARRERA MELGAREJO, Elizabeth
Quilotorax no traumático: Reporte de un caso.
Revista Médica Herediana, vol. 16, núm. 4, 2005, pp. 285-287
Universidad Peruana Cayetano Heredia
San Martín de Porres, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=338029549010>



Revista Médica Herediana,
ISSN (Versión impresa): 1018-130X
juan.miyahira@upch.pe
Universidad Peruana Cayetano Heredia
Perú

Quilotorax no traumático: Reporte de un caso.

Non-traumatic chylothorax: A case report.

CASTAÑEDA SALDAÑA Enrique ¹, BARRERA MELGAREJO Elizabeth ²

SUMMARY

We report a female patient with nontraumatic chylothorax. This disease is uncommon, it result by multiple disorders. The diagnosis was established by pleural fluid analysis and biopsy. The patient was treated by surgical and medical approaches. We discuss the treatment of nontraumatic chylothorax. (*Rev Med Hered 2005;16:285-287*).

KEY WORDS: Nontraumatic chylothorax, total parenteral nutrition, octreotide.

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente mujer con quilotórax no traumático. Esta enfermedad es una condición poco común que puede ser originada por múltiples desórdenes. El diagnóstico se estableció por estudio del líquido pleural y la toma de biopsias. La paciente recibió tratamiento no quirúrgico y quirúrgico, se discuten los resultados obtenidos y sugerencias para casos de este tipo. (*Rev Med Hered 2005;16:285-287*).

PALABRAS CLAVE: Quilotórax no traumático, nutrición parenteral total, octreótide

INTRODUCCIÓN

El quilotórax se define como una efusión linfática a la cavidad pleural procedente del conducto torácico. El quilo es un material líquido enriquecido con grasas secretadas por las células intestinales, recolectado y transportado por el conducto torácico a la circulación sistémica (1). El quilotórax puede ser adquirido o congénito. Dentro de los adquiridos pueden ser de dos tipos: traumático y no traumático. El quilotórax no traumático es una condición poco común originada por múltiples desórdenes en los cuales las enfermedades malignas son las más frecuentes. El diagnóstico del quilotórax se hace estudiando el líquido pleural (2) en el cual se encuentra: triglicéridos ≥ 110 mg/dl, triglicéridos (líquido pleural /sérico) ≥ 1 , colesterol (líquido pleural /sérico) < 1 .

El manejo de los pacientes con quilotórax, es motivo de discusión, siendo principalmente de tipo no quirúrgico y quirúrgico.

Caso Clínico

Paciente mujer, de 16 años de edad, estudiante, soltera, que acude con un tiempo de enfermedad de 14 días con cefalea occipital tipo latido relacionado a esfuerzos, y se asocia a náuseas y vómitos. Desde 12 días antes del ingreso presenta dolor tipo pleurítico en tórax cara posterior, y se asocia a disnea a esfuerzos habituales que progresa al reposo. No presenta antecedentes de tos, sudoración nocturna ni baja de peso. Acude a médico particular, quien diagnostica quilotórax (por estudio de líquido pleural post-toracocentesis) y procede a colocación de tubo de tórax izquierdo. Luego de 7

¹ Profesor Principal de Cirugía, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Jefe del Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Hospital Nacional Cayetano Heredia.

² Médico Residente de Cirugía General. Departamento de Cirugía. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

días es referida a nuestro hospital.

La paciente tenía como antecedente familiar una sobrina con diagnóstico de TBC pulmonar desde hace 1 año.

Al examen físico: aparente regular estado general, regular estado de nutrición, hidratada, afebril, con tubo de tórax izquierdo permeable. En aparato respiratorio presentaba disminución del murmullo vesicular en ambas bases y subcrépitos difusos en hemitórax derecho. El resto del examen físico se encontró dentro de límites normales.

Recibió nutrición parenteral parcial por 7 días con lo cual disminuyó el drenaje torácico a 1 000 cc/día, lo que motivó el retiro del tubo del tórax. Se realizó biopsia pleural encontrándose proceso inflamatorio crónico con tendencia granulomatosa y fibrinosa con células linfomononucleares y mesoteliales reactivas. Ante la sospecha de tuberculosis y se inicia tratamiento antituberculoso con 4 drogas. En la evolución la paciente presentó fístula por zona de tubo de drenaje por lo que se decidió manejo quirúrgico, realizándose toracotomía izquierda donde se evidenció drenaje quiloso a través de la pleura parietal en forma difusa. No se logró identificar el conducto torácico y se colocó tubo de drenaje torácico. En el post-operatorio cursó con alto drenaje por lo que se inicia nutrición parenteral total al quinto día post-operatorio y al séptimo día post operatorio se inició octreótide, con los cuales el drenaje torácico disminuye hasta desaparecer. El retiro del tubo de drenaje fue al noveno día post operatorio. Además, la paciente presentó fiebre, recibiendo tratamiento dándose cobertura antibiótica con Ceftazidima + Ciprofloxacino + Clindamicina, por posibilidad de cuadro de neumonía intrahospitalaria, completando 14 días de tratamiento.

La paciente recibió nutrición parenteral total y octreótide durante 14 días.

La paciente mantuvo el tratamiento antituberculoso hasta completar 6 meses. Se realizó seguimiento durante 8 meses sin recurrencia del quilotórax.

DISCUSIÓN

El quilotórax no traumático es una condición poco común originada por múltiples desórdenes en la región abdominal o torácica. Las enfermedades malignas causan daño a nivel del conducto torácico y los canales linfáticos en tórax, cuello y abdomen pueden resultar en efusiones quillosas pleurales. Las causas pueden ser por malformaciones congénitas linfáticas,

malignidades, tumores mediastinales, enfermedades infecciosas (como tuberculosis), y enfermedades que afectan a vasos linfáticos e idiopáticos. (3).

En el quilotórax no traumático, los síntomas se presentan en forma gradual, en los adultos se presenta fatiga, disnea, y luego dolor pleurítico y algunas veces fiebre. (4). La presencia del quilo se sospecha después de toracocentesis, como en este caso, donde el estudio del líquido pleural confirmó la presencia del quilotórax.

El manejo del quilotórax no traumático por la limitada experiencia, no tiene una estrategia clara; sin embargo se puede tener 2 tipos de tratamiento: el quirúrgico y el no quirúrgico. Dentro del manejo no quirúrgico, inicialmente se recomienda la toracocentesis descompresiva que en algunas ocasiones puede repetirse y continuarse con la colocación de tubo de drenaje torácico. En estos casos se debe reemplazar diariamente las pérdidas de albúmina, proteínas totales, linfocitos y electrolitos para evitar la desnutrición e inmunodeficiencia. La vía oral puede incrementar la secreción linfática por lo que se recomienda la nutrición parenteral total. En nuestra paciente se intentó en un primer momento tratamiento médico con nutrición parenteral, lo cual disminuyó el volumen de drenaje en un 50%, pero al reiniciar la vía oral el volumen del drenaje quiloso volvió a aumentar.

En el quilotórax no traumático el abordaje quirúrgico tiene mayor dificultad ya que es incierta la zona linfática comprometida, y se debe ligar el conducto torácico y tomar biopsias. En la paciente se optó por el manejo quirúrgico ante el incremento del quilotórax expresado en la presencia de fístula pleural de gasto alto. Se realizó una toracotomía izquierda donde se evidenció drenaje quiloso, no se logró identificar el conducto torácico y se colocó tubo de drenaje torácico que cursó con drenaje de más de 6 000 cc el primer día (Tabla N°1). Ante este resultado se optó por el uso de nutrición parenteral total y luego infusión endovenosa de octreótide, dada la presencia de reportes con buenos resultados tanto en adultos como en neonatos (5,6,7,8).

Con la nutrición parenteral total se busca disminuir la pérdida masiva de proteínas y con la administración de octreótide se busca disminuir el drenaje quiloso.

El octreótide es un análogo sintético de la somatostatina, cuyo mecanismo de acción no es bien conocido, sin embargo tiene un efecto inhibitorio de la secreción gástrica, la secreción enzimática pancreática y biliar. También causa la disminución de la gradiente de presión venosa hepática y disminución del flujo esplácnico sin repercusión sistémica hemodinámica

Tabla N° 1. Drenaje torácico.

PRE OPERATORIO	
Diario	3000 CC
POST OPERATORIO	
Drenaje torácico	Volumen
1	6250 CC
2	1250 CC
3	920 CC
4	650 CC
*5	480 CC
6	490 CC
**7	280 CC
8	110 CC
9	0 CC

* Inicio Nutrición parenteral total

** Inicio Octreotide

(5,9). Con la disminución de la secreción del tracto gastro intestinal con el octreótide se espera que disminuya el volumen y el contenido proteico del fluido del conducto torácico. Al suspender la vía oral también disminuye la estimulación para la producción de secreciones del tracto gastrointestinal, este efecto junto con la terapia con octreótide dan mejores resultados en los casos de quilotórax no traumático (6). Se recomienda el uso de octreótide en infusión continua con dosis que varían entre 2-10 µg/kg/h, dependiendo de la respuesta del paciente (9).

La paciente recibió nutrición parenteral total y octreótide durante 14 días, con lo cual presentó mejoría, en el noveno día post operatorio, el drenaje fue cero y se retiró el tubo de tórax, luego de lo cual no se repitió el quilotórax. La paciente continuó con el tratamiento antituberculoso, hasta completarlo. Se realizó seguimiento de 8 meses sin recidiva del cuadro, siendo la causa mas probable tuberculosis pulmonar.

La enseñanza del presente caso nos permite sugerir el manejo médico en quilotórax no traumático, basado en nutrición parenteral total (que debe ser estricta) y el uso de octreótide; requiriendo cirugía para biopsia o identificación y control de drenaje linfático en casos selectivos.

Correspondencia:

Dr. Enrique Castañeda Saldaña.
Departamento de Cirugía,
Universidad Peruana Cayetano Heredia.
Av. Honorio Delgado 430
Lima 31, Perú.
Correo electrónico: ecasta@upch.edu.pe

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Aguilera A, Cibella A, Guevara J, Rosario A. Quilotórax neonatal. A propósito de un caso. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría 2003; 66(4):33-34.
2. García A, Ruiz G. Pseudochylothorax. Report of 2 cases and Review of the Literature. Medicine 1999; 78(3): 200- 207.
3. Romero S. Nontraumatic chylothorax. Current Opinion in Pulmonary Medicine 2000; 6(4): 287-291.
4. Kozar RA, Cipolla J: Chylothorax. In Plantz S (Ed): Medicine, Ob/Gyn, Psychiatry, and Surgery. On-line reference text. (<http://www.emedicine.com>). Boston Medical Publishers (Acceso en mayo 2003).
5. Demos N, Kozel J, Scerbo J. Somatostatin in the treatment of chylothorax. Chest 2001; 119(3) : 964 – 966.
6. Collard J, Laterre P, Boemer F, et al. Conservative Treatment of Postsurgical Lymphatic Leaks with somatostatin – 14. Chest 2000; 117(3) : 902 – 905.
7. Au M, Weber T, Reming R. Successful use of somatostatin in a case of neonatal chylothorax. J Pediatr Surg 2003; 38:1106-1107.
8. Goyal A, Smith E, Kerr S, et al. Octreotide for treatment of chylothorax after repair of congenital diaphragmatic hernia. J Pediatric Surg 2003;38(8):E32.
9. Rimensberger P, Muller B, Kalangos A, et al. Treatment of a persistent postoperative chylothorax with somatostatin. Ann Thorac Surg 1998;66:253-254.

Recibido: 25/08/04
Aceptado para publicación: 02/07/05