

Quilotórax: Hallazgo casual

Kilo-isuria: Ustekabeko aurkikuntza

E. Moreno Arnedillo, B. Azkunaga
Santibáñez, G. Unanue Tejera,
Y. Albisu Andrade

Servicio de Pediatría. Hospital Aránzazu.
San Sebastián.

Correspondencia: E. Moreno, Servicio de Pediatría, Hospital Aránzazu, Paseo Dr. Be-guiristain s/n, 20014 San Sebastián.

INTRODUCCIÓN

Se denomina quilotórax a la colección de quilo en la cavidad pleural proveniente del conducto torácico o de sus ramas tributarias. El conducto torácico se inicia en el abdomen a nivel del cuerpo de la segunda vértebra lumbar en forma de una dilatación llamada cisterna de Pecquet y termina drenando en la unión de las venas yugular y subclavia del lado izquierdo⁽¹⁾.

De acuerdo con su etiología, el quilotórax puede clasificarse en cuatro categorías⁽²⁾: congénito, traumático, tumoral y mixcelánea (Tabla I). En el recién nacido, la forma más frecuente de presentación es el quilotórax espontáneo⁽³⁾. En el resto de pacientes pediátricos, la etiología más frecuente es la traumática (50%) especialmente tras cirugía torácica (cardiovascular, pleuropulmonar, esofágica o diafragmática) y, en menor medida, tras traumatismos locales con el sujeto en posición de hiperlordosis. Otras causas posibles son: linfoma maligno, anomalías congénitas del sistema linfático como la linfangiomatosis, la enfermedad de Gorham y el síndrome de Noonan⁽⁴⁾.

Los efectos de la pérdida de quilo se pueden clasificar en locales, metabólicos e inmunológicos. El quilo no produce irritación pleural; sus efectos locales se limitan a la compresión del pulmón ipsilateral y, si es suficientemente voluminoso, al desplazamiento del mediastino con posible compromiso de la función cardíaca y del pulmón contralateral. La pérdida prolongada de quilo, produce una depleción de las reservas corporales de proteínas (especialmente albúmina), grasas, vitaminas y electrolitos. En caso de pérdidas mantenidas, puede producirse una alteración de la inmunidad (principalmente de la mediada por células) con aumento del riesgo de infecciones víricas y bacterianas⁽¹⁾.

El diagnóstico se basa en el estudio del

TABLA I. CAUSAS DE QUILOTÓRAX

Congénito:
Atresia del conducto torácico
Fístula conducto torácico-espacio pleural
Trauma neonatal
Traumático:
Contusiones
Traumatismos penetrantes
Cirugía:
Cervical
Torácica
Abdominal
Procedimientos diagnósticos
Tumoral
Miscelánea

líquido obtenido por toracocentesis. El hallazgo de un líquido de aspecto lechoso es altamente sugestivo, aunque algunos autores refieren que menos de un 50% de los derrames quilosos tienen este aspecto característico y que hasta un 12% son serosos o serosanguinolentos⁽⁵⁾. El examen químico y citológico establecerá el diagnóstico definitivo. Líquido rico en proteínas y grasas totales con un nivel de triglicéridos superior al plasmático, con predominio de células linfocitarias (Tabla II).

Dado que una causa relativamente frecuente de quilotórax es el linfoma maligno, se recomienda la realización de una TAC toracoabdominal para visualizar cualquier signo sugestivo de esta patología. La linfografía puede mostrar el nivel al que se encuentra el defecto o el bloqueo del conducto torácico⁽⁶⁾.

El manejo terapéutico inicial, requiere la evacuación del espacio pleural por medio de un drenaje torácico continuo hasta que la cantidad de líquido recogido sea inferior a 3 ml/kg/día⁽⁴⁾. El soporte nutricional consiste en la administración de una dieta pobre en grasas que puede ser suplementada con triglicéridos de cadena media o la instauración de una alimentación pa-

TABLA II. CARACTERÍSTICAS DEL QUILO

	Rango normal	Caso clínico
Aspecto	lechoso	Lechoso
pH	Alcalino	7,4
Células		
Linfocitos / μ L	400-6.800	2.530
% linfocitos	> 85-90	92
Hematíes / μ L	50-600	220
Grasas		
Colesterol (mg / dL)	65-220	69
Triglicéridos	> nivel plasma	1.431
Glucosa (mg / dL)	48-200	99
Proteínas (g / dL)	2,2-6,0	5,2
Electrolitos (mEq / L)		
Na	104-108	138
K	3,8-5,0	4,5
Cl	85-130	96



Figura 1. Rx tórax al ingreso: derrame pleural derecho masivo.

renteral total⁽⁷⁾. Son indicaciones de tratamiento quirúrgico: 1) drenaje diario superior a 1 litro durante más de 5 días; 2) pérdida persistente después de 2 semanas de tratamiento conservador; 3) aparición de complicaciones nutricionales o metabólicas, y 4) presencia de un quilotórax loculado o un pulmón encarcerado⁽¹⁾.

CASO CLÍNICO

Niña de 5 años de edad a la que, en una exploración realizada por su pediatra por un cuadro de gastroenteritis aguda, se le aprecia una marcada hipoventilación pulmonar en base derecha. No refiere clínica respiratoria. Afebril. En la radiografía de tórax se aprecia un derrame pleural masivo en hemitórax derecho.

En la radiografía de tórax se aprecia un derrame pleural masivo en hemitórax derecho.

Antecedentes personales: Peso RN: 3.750 g. Correctamente vacunada para su edad. Diagnosticada de asma nocturno a los 4 años de edad.

Exploración al ingreso: temperatura 37,3°C; frecuencia cardíaca: 124 / m; frecuencia respiratoria: 28 / m; peso: 24 kg (P-50); talla: 120 cm (P-90). Moderada afectación del estado general. No signos externos de dificultad respiratoria. Auscultación pulmonar: hipoventilación basal derecha. Pequeñas adenopatías laterocervicales e inguinales. Resto de exploración normal.

Exámenes complementarios:

- Hemograma: serie roja, leucocitos y plaquetas: normales.
- Bioquímica suero: glucosa, urea e iones: normales. Colesterol total: 125 mg / dL, transaminasas normales. LDH: 384 U / L.
- Proteínas totales: 7,94 g / L. Proteínograma: discreta hipergammaglobulinemia.
- Proteína C reactiva: 12 mg / L. VSG 1ª hora: 3 mm / h.
- Serología infecciones virales (CMV, EBV, VIH): negativas.
- Serología infecciones bacterianas (*Coxiella*, *Legionella*, *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*, *C. psittaci*) negativas.
- Mantoux: negativo.
- Rx tórax: derrame pleural derecho (Fig. 1).
- TAC torácica: derrame pleural derecho sin otros hallazgos patológicos.
- Citología líquido pleural: negativa para células malignas.
- Cultivo líquido pleural: negativo para aerobios y anaerobios.
- Características bioquímicas líquido pleural (Tabla II).

Evolución y tratamiento. A su ingreso, se realiza punción del derrame pleural, obteniéndose un líquido de aspecto lechoso,



Figura 2. Rx tórax al alta: paquipleuritis residual.

con las características citológicas y bioquímicas reseñadas, por lo que se cataloga de quilotórax.

Se adopta una actitud expectante, instaurándose alimentación parenteral y se prueban diversas modalidades de drenaje (espontáneo, pinzado durante algunas horas y con aspiración continua) siendo esta última la más efectiva, con disminución progresiva de la cantidad extraída hasta que es definitivamente retirado el drenaje a los 33 días de su colocación.

Al alta presenta una imagen de paquipleuritis residual (Fig. 2) observándose una clara mejoría radiológica en controles posteriores.

COMENTARIO

Se presenta el caso de una niña con derrame pleural masivo derecho detectado en una exploración rutinaria. Las características bioquímicas y citológicas de dicho derrame confirman la naturaleza quillosa del mismo.

En el interrogatorio dirigido se comprueba el antecedente de un traumatismo a nivel de columna vertebral con caída hacia atrás y golpe en la espalda con un mueble aproximadamente dos años antes del ingreso. Revisada una radiografía realizada 2 meses después del traumatismo, como preoperatorio de una intervención quirúrgica

menor y, en su día, valorada como normal; se aprecia la presencia de cambios radiológicos compatibles con derrame incipiente. La ausencia de sintomatología respiratoria en el caso que presentamos sugiere una instauración progresiva del derrame.

Dada la buena evolución con tratamiento conservador (aspiración continua por toracocentesis y alimentación parenteral), la existencia de un traumatismo previo y descartado otro tipo de etiologías por las exploraciones realizadas, pensamos que el cuadro presentado corresponde a un quilotórax de probable etiología traumática.

BIBLIOGRAFÍA

1. Merrigan BA, Winter DC, O'Sullivan GC. Chylothorax. *British Journal of Surgery* 1997; **84**: 15-20.
2. Miller JL. Chylothorax and anatomy of the thoracic duct. En: Thomas W Shields (ed). *General Thoracic Surgery* 3rd ed. Philadelphia: Lea and Febiger 1989; 625-632.
3. Arena J, Rey A, Albusu Y. Quilotórax espontáneo neonatal. A propósito de cinco observaciones. *An Esp Pediatr* 1984; **20**: 49-54.
4. Palomero Goriet J. Enfermedades de la pleura. En: *Manual del Residente de Pediatría y sus áreas específicas* Crespo Hernández M (ed). Madrid, 1997; 672-678.
5. Valentine VG, Raffin TA. The management of chylothorax. *Chest* 1992; **102**: 586-591.
6. Hillerdal G. Chylothorax and pseudochylothorax. *Eur Respir J* 1997; **10**: 1157-1162.
7. Puntis JWL, Roberts KD, Handy D. How should chylothorax be managed? *Archives of Disease in Childhood* 1987; **62**: 593-596.