



Tratamiento médico de quilotórax espontáneo

RESUMEN

El quilotórax es una colección de quilo en la cavidad pleural resultante de las fugas desde los vasos linfáticos, por lo general, desde el conducto torácico. Se informa el caso de un paciente con quilotórax espontáneo que recibió tratamiento médico y tuvo curación adecuada del mismo; se dio nutrición parenteral, inmunoglobulina y tratamiento antibiótico, después de tres semanas de tratamiento se logró la curación del quilotórax.

Palabras clave: quilotórax, tratamiento médico, nutrición parenteral.

Esmeralda García-Padilla¹
Eder Natanael Flores-López²
David Leonardo Aguilar-de la Torre³
Ximena Ronquillo-Pérez⁴

¹ Estudiante de octavo semestre, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM, México.

² Médico residente de segundo año de Medicina Interna.

³ Médico cardiólogo intervencionista adscrito.

⁴ Médico interno de pregrado.
Hospital General de Cuautitlán General Vicente Villada, ISEM.

Medical treatment of spontaneous chylothorax

ABSTRACT

Chylothorax is a collection of chyle in the pleural cavity resulting from leakage from the lymphatic vessels, usually from the thoracic duct. This paper reports the case of a patient presenting with spontaneous chylothorax who was given parenteral nutrition, immunoglobulin and antibiotic treatment; after three weeks of treatment relieve was achieved.

Key words: chylothorax, medical management, parenteral nutrition.

Recibido: 14 de abril 2014

Aceptado: 18 de septiembre 2014

Correspondencia: Dr. Eder Natanael Flores López
Alfonso Reyes s/n
54820 Cuautitlán, Estado de México
dr.eder.natanael@msn.com

Este artículo debe citarse como
García-Padilla E, Flores-López EN, Aguilar-de la Torre DL, Ronquillo-Pérez X. Tratamiento médico de quilotórax espontáneo. Med Int Méx 2015;31:110-112.

ANTECEDENTES

El quilotórax es una colección de quilo en la cavidad pleural resultante de las fugas desde los vasos linfáticos, por lo general, desde el conducto torácico. Puede afectar a pacientes de cualquier edad; tiene varias causas posibles y, por tanto, puede encontrarse en muchos campos de la medicina. Por la rareza de este padecimiento no existen estudios prospectivos que valoren qué tratamiento (conservador o quirúrgico) es preferible.¹ En México, la frecuencia de este padecimiento es de 0.03%.²

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 29 años de edad, con antecedente de tres meses con enfermedad renal crónica terminal estadio IV, además de hipertensión arterial sistémica sin tratamiento médico. El paciente tuvo datos de dificultad respiratoria progresiva. La radiografía de tórax evidenció datos de derrame pleural derecho, la toracocentesis diagnóstica encontró líquido pleural lechoso; al estudio citoquímico y citopatológico se encontraron celularidad negativa, con determinación de triglicéridos de 3,000 mg/dL, colesterol 120 mg/dL, glucosa 97 mg/dL, BUN 180 mg/dL, urea 389 mg/dL, creatinina 9.2 mg/dL, sodio 143 mmol/L, potasio 3.5 mmol/L, cloro 107 mmol/L, leucos 22 mil x 10³, neutrófilos 89%, hemoglobina 9.2 g/dL, hematocrito 27.5%, plaquetas 150 mil (Figura 1).

La tomografía axial encontró datos sugerentes de empiema pulmonar; se decidió colocar una sonda endopleural; el nuevo estudio citoquímico arrojó 6,000 mg/dL de triglicéridos, se buscaron intencionadamente causas de quilotórax, se realizó estudio de adenosina deaminasa para descartar tuberculosis, se hicieron estudios para descartar proceso neoplásico o linfoma, se determinó antígeno carcinoembrionario, CA 19-9, alfafetoproteína, que fueron negativos; se reali-



Figura 1. Radiografía de tórax con datos de derrame pleural derecho.

zó rastreo con tomografía axial computada de cráneo, tórax y abdomen sin encontrar lesiones o tumores sugerentes de neoplasia; el aspirado de médula ósea fue normal. La cirugía de tórax refirió ausencia de lesión traumática (Figura 2).

Se dio tratamiento médico con antibióticos, se mantuvo la sonda endopleural durante 15 días, se inició nutrición parenteral con 6.6 g de nitrógeno, 160 g de glucosa, 40 g de lípidos, 1,200 kcal totales, osmolaridad 1,400 y 40 g de aminoácidos con dos aplicaciones al día; se administró octreotide e inmunoglobulina a dosis de 6 g/día, además de ajustar los requerimientos de glucosa y electrolitos en soluciones. Después de tres semanas de tratamiento se retiró la sonda endopleural, sin complicaciones, se envió al paciente a Cirugía de Tórax sin necesidad de realizar proceso quirúrgico, por lo que se considera que el tratamiento médico fue exitoso.

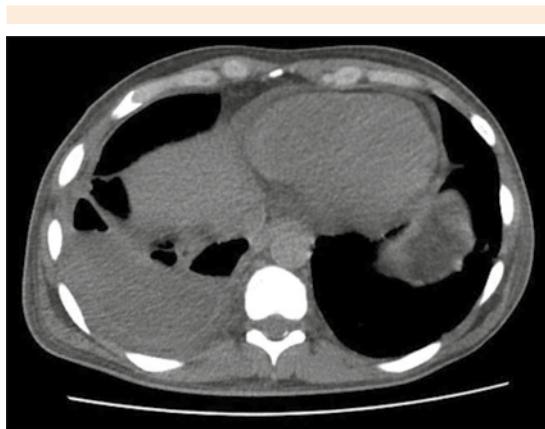


Figura 2. Tomografía axial computada de tórax con características de cambios de densidad en la base derecha, propias de quilotórax.

DISCUSIÓN

El quilotórax se diagnostica con la existencia de quilomicrones –partículas de 0.5 a 1.0 m de tamaño–, compuestos de proteínas y lípidos que son absorbidos y transportados directamente a través de las vías linfáticas. La determinación de triglicéridos y colesterol es básica debido a que están elevados en 99% de los pacientes con quilotórax, con un contenido de triglicéridos en el aspirado de más de 110 mg/dL y de colesterol menor de 200 mg/dL. Estas mediciones son diagnósticas de quilotórax. En la mayoría de los casos de quilotórax los criterios de Ligth son de características exudativas, pero en aproximadamente 25% de los casos pueden ser transudativas.³⁻⁵

Los pilares del tratamiento son líquidos y reemplazo de electrolitos junto con la nutrición apropiada. La nutrición parenteral debe contener triglicéridos de cadena media, que se absorben directamente en el sistema venoso portal sin pasar por los vasos linfáticos intestinales y el conducto torácico. El tratamiento quirúrgico se indica cuando, por ejemplo, drenan más de 1,500 mL de quilo al día, con más de cinco días de drenaje mayor de 1,000 mL, salida en dos semanas de más de 100 mL/día, deterioro clínico y metabólico.¹

Concluimos que el manejo otorgado al paciente fue óptimo; la rareza de este caso radica en el origen espontáneo y, sobre todo, en el alivio del padecimiento con la administración de nutrición parenteral y la administración de octreotide y de inmunogammaglobulina, con lo que esperamos aportar al acervo bibliográfico con nuestro tratamiento.

REFERENCIAS

1. Schild HH, Strassburg CP, Welz A, Kalff J. Treatment options in patients with chylothorax. *Dtsch Arztebl Int* 2013;110:819-826.
2. Cortés-Télles A, Rojas-Serrano J, Torre-Bouscoulet L. Quilotórax: frecuencia, causas y desenlaces. *Neumol Cir Torax* 2010;69:157-162.
3. Skouras V, Kalomenidis I. Chylothorax: diagnostic approach. *Curr Opin Pulm Med* 2010;16:387-393.
4. McGrath EE, Blades Z, Anderson PB. Chylothorax: Aetiology, diagnosis and therapeutic options. *Respir Med* 2010;105:1-8.
5. Maldonado F, Hawkins FJ, Daniels CE, et al. Pleural fluid characteristics of Chylothorax. *Mayo Clin Proc* 2009;84:129-133.