

Quilotórax.

Presentación de un caso

Por los Dres.:

CORALIA TORRES JIMENEZ,⁸ RAFAEL O. PEDRAZA RODRIGUEZ,⁹ ENRIQUE BARRERAS MIRANDA,¹⁰
LEDA FERNANDEZ AVILA,¹¹ JULIO RAMIREZ RODRIGUEZ****

y la alumna:

OLGA DIAZ CASTRILLO¹²

Torres Jiménez, C. et al. *Quilotórax. Presentación de un caso*. Rev Cub Med 16: 2, 1977.

Se hace una revisión del quilotórax, y se describe un caso de localización derecha, de causa idiopática, de evolución satisfactoria —un año después de presentarse dicha afección— y como único tratamiento recibió medidas sustitutivas, así como digitálicos y diuréticos. Se presenta, además, una secuencia de las investigaciones radiológicas.

El motivo de nuestra exposición es la presentación de un paciente portador de derrame pleural quiloso, de causa no conocida.

Esta enfermedad la describió por primera vez *Bartholet*,¹ en 1633, y se caracteriza por derrame pleural constituido por líquido de aspecto lechoso u opalescente, parecido a una emulsión de grasa, como resultado del descarrilamiento del líquido linfático, proveniente del abdomen y cisterna de Pecquet a través del conducto torácico.--^{3,4}

Habitualmente el conducto torácico asciende entre la aorta y la vena ácigos, ligeramente a la derecha de la línea media, a un nivel comprendido entre la cuarta y la sexta vértebras dorsales, cruza sobre la columna vertebral y continúa ascendiendo para penetrar en el mediastino superior por el lado izquierdo del esófago, entre el arco aórtico y la subclavia izquierda, y termina en el confluente yugulo-subclavia izquierda, para desembocar en la vena subclavia izquierda o en la yugular o confluente.^{2,5,6}

Esta pérdida de quilo en el espacio pleural puede ser motivada por diferentes causas, adoptándose la siguiente clasificación según *Jashman*:^{7,8}

⁸ Especialista de primer grado en neumotisiología. Hospital "Julio Trigo".

⁹ Especialista de segundo grado en medicina interna: subdirector docente del hospital "Julio Trigo".

¹⁰ Radiólogo del hospital "Julio Trigo"; instructor de la Cátedra de Radiología de la Universidad de La Habana.

¹¹ Residente de 2do. año de neumotisiología. Hospital "Julio Trigo".

Alumna interna del servicio de medicina, hospital clínicquirúrgico "10 de Octubre".

1. *Enfermedades destructivas del conducto torácico o sus terminales*
—traumatismo del tórax sin fractura —
traumatismo del tórax con fractura de
costillas, clavículas o vértebras —conducto
lesionado accidentalmente en una
operación —uno o más terminales
coartados —herida de bala o arma blanca
—linfangitis perforante que afecte al
conducto o sus terminales —aneurisma del
conducto, sin rotura

2. *Obstrucción del conducto torácico* Dentro
del conducto o terminales:
 - a - neoplasia
 - b - filaríasFuera del conducto o terminales:
 - a - neoplasia y granuloma, carcinoma,
linfosarcoma, adenopatía tuberculosa
 - b-trombosis de la vena subclavia izquierda
 - c - cirrosis hepática

3. *Espontánea o de origen desconocido*

Las afecciones más frecuentes son las traumáticas, siguiéndole en orden de frecuencia las neoplasias. Esta enfermedad no es frecuente en la infancia, pero cuando se observa es debida a una malformación congénita del conducto torácico.^{9,10}

Los síntomas que se observan en esta afección son debidos, por una parte, al acúmulo de líquido en la cavidad pleural, con los trastornos mecánicos que esto acarrea, y que puedan llevar a una insuficiencia respiratoria aguda de carácter restrictivo y, por otra parte, a la inanición del paciente como consecuencia de la pérdida de quilo y el empobrecimiento del organismo en grasas, proteínas, agua y electrolitos. A ello se suele añadir los que se relacionan con la enfermedad de base que haya dado origen a esta afección.

La localización del derrame es generalmente unilateral, aunque se han descrito quilotórax bilaterales y derrames pericárdicos conjuntamente.

El diagnóstico se basa en la aspiración de líquido quilosopleural y su identificación como tal. El líquido obtenido presenta las siguientes características, según *Brescia* (1941): aspecto lechoso que no cambia al ser dejado en reposo; es inodoro, estéril, resistente a la putrefacción, se presenta en forma de una finísima emulsión, reacción alcalina, peso específico superior a 1 012, contenido de grasa entre 0,4-4%; la cantidad de proteína es variable; en la extensión muestra la presencia de una diversa cantidad de leucocitos con predominio de linfocitos; agitado el líquido con éter, después de añadir solución alcalina, se vuelve claro.^{11,12}

Debemos establecer el diagnóstico diferencial con los derrames causados por tumores malignos o infecciones bacterianas como la tuberculosis, que produce derrame pseudoquiloso, el cual no reúne las características antes señaladas.^{18,14}

Es necesario realizar diversas investigaciones, y la de mayor importancia es la linfografía, la cual informará sobre el estado del conducto torácico.

El tratamiento depende de curar la enfermedad que le da origen fundamentalmente, y la sustitución de las pérdidas de grasa, proteínas, electrolitos y líquidos, motivado por el derrame, aunque se han descrito casos de curación con la administración de digitálicos y aspiración pleural de quilo.^{4,10,15}

El tratamiento quirúrgico de elección es la ligadura del conducto torácico en aquellas afecciones que así lo requieran.

Resumen de la historia clínica

P. M. C. HC No. 48603. Se trata de un paciente de 69 años de edad, de la raza blanca, que ingresa el 2-diciembre de 1974 por falta de aire. Nos refiere que un mes antes del ingreso comienza a presentar tos improductiva, falta de aire y dolor en el hemitórax derecho.

Por tal motivo es visto por un facultativo, quien, después de un examen radiológico del tórax, diagnostica un síndrome de interposición líquida en el hemitórax derecho, por lo cual es ingresado en un centro asistencial. En esa unidad el paciente presenta una insuficiencia cardíaca y por ello es digitalizado; también se le

realiza punción pleural y se le extrae 1 000 ml de líquido blanquecino, y se decide entonces su traslado para nuestra institución.

A su ingreso refiere adinamia, anorexia y pérdida de ocho libras de peso, y al examen físico se constata un síndrome de interposición líquida extensa del hemitórax derecho.

El interrogatorio no aporta otros datos de interés, salvo alergia a la penicilina y al yodo, antecedentes de infarto cardíaco hace 20 años y úlcera duodenal. Nos encontramos ante un paciente agudamente enfermo, con fascies ansiosa, que guarda decúbito ortopneico, no deambula ni presenta edemas. El panículo adiposo está disminuido y presenta abombamiento del hemitórax derecho, con 42 resp./minuto e inmovilidad de ese hemitórax. Las vibraciones vocales están ausentes en esa zona, y existe matidez absoluta a la percusión. Se comprueba silencio respiratorio a la auscultación. El hemitórax izquierdo es normal. El choque de la punta no es visible ni palpable; los tonos cardíacos son taquicárdicos, con desdoblamiento del segundo tono, pero no hay soplos. El pulso es de 130/min. y la TA 110/60. No se aprecia cianosis, y los pulsos periféricos están presentes. Existe una próstata aumentada de tamaño. El resto del examen físico sin otros datos de interés.

Se procede a digitalizar nuevamente al paciente, se le aplica oxigenoterapia y se realiza la evacuación del derrame, extrayéndose 4 800 ml de un líquido de aspecto lechoso, que fluye con facilidad.

El paciente mejora notablemente.

Por todo esto, se plantea que el paciente es portador de un quilotórax derecho no traumático, y queda por precisar la etiología del proceso.

Las investigaciones habituales muestran: hemoglobina 13,5 g%; hematócrito 45 vol%; eritrosedimentación 65 mm;

leucocitos 8 050/mm, con 64 segmentados y 34 linfocitos; glucosa 95 mg/100 ml; urea 23 mg/100 ml; orina, heces fecales y serología, negativos; tuberculina de 0 mm; fosfatasa alcalina 3,62 U. Bodanski. Proteínas totales 5 g, con fórmula normal de las diferentes fracciones. Colesterol 184 mg%; lípidos total 691,6 mg%.

El estudio del líquido presenta los resultados siguientes: colesterol 185 mg; lípidos 1 927 mg%; la citología del líquido pleural mostró numerosas células linfomonocitarias, células mesoteliales y hematíes numerosos.

Se realiza la prueba de Adams, y se informa lo siguiente: se recibe un líquido color amarillo lechoso, opaco, el cual no se aclara después de centrifugado. La adición de éter-alcohol amoniacal lo hace transparente, por lo cual se concluye que se trata de un exudado quiloso.

Tres cultivos de esputo son negativos, así como el cultivo del líquido pleural. Cuatro exámenes citológicos de esputos son negativos. Se realiza una duodenoscopia (Dr. Rivero, hospital clinicoquirúrgico "10 de Octubre") y se informa: gastroduodenitis crónica.

Electrocardiograma: frecuencia cardíaca 120 por minuto, OS en D₃ y AVF, depresión de St en V₄ y V₆ con T invertida; infarto antiguo de cara diafragmática y signos de isquemia anterolateral.

Estudio radiológico. Tórax simple PA (2-12-74), (figuras 1 y 2); Opacidad de hemitórax derecho con rechazamiento del mediastino debido a gran colección fluida intrapleural y atelectasia del pulmón subyacente. Ligero proceso de condensación en la base del pulmón izquierdo.

Placa simple de tórax posterior a la evacuación de 4 800 ml de líquido (3-12-74) (figura 3): se comprueba un hidrotórax derecho con nivel hidroaéreo en la base y colapso pulmonar de un 30% aproximadamente. El muñón pulmonar no presenta lesión visible. El mediastino está menos desplazado. Se aprecia una ligera reacción pleural en la base del hemitórax izquierdo. La pleura vis

ceral y parietal del lado derecho no presenta imágenes tumorales.

Tomografía del mediastino (3-12-74) (figuras 4 a la 9): dentro de límites normales. Telecardiograma (17-12-74): dentro de límites normales (figuras 10, 11 y 12).

Colon por enema (11-12-74): se observan divertículos (figura 13). Esófago, estómago, duodeno y tránsito intestinal (15-12-74): dentro de límites normales.

Fue imposible realizar la cavografía, debido a la alergia por el contraste yodado.

Linfografía (20-12-74) (figuras 14 a la 17): se canalizó el lado izquierdo solamente, donde llama la atención la dilatación de los canales linfáticos con circulación colateral a la altura del sacro. El ascenso por los linfáticos es muy lento. En la fase adenográfica se opacifican pocos ganglios. Se descarta la obstrucción del conducto torácico.

Tórax simple (21-12-74) (figura 18): ha desaparecido el derrame pleural basal derecho.

El paciente es dado de alta (23-12-74), y permanece asintomático durante 22 días, y con tratamiento digitálico, diuréticos, vitaminas y dieta hiperproteica, y reingresa el 14-1-75 (figura 19), momento en que se comprueba de nuevo un extenso derrame pleural derecho. Se realiza punción evacuadora, y se extraen 2 400 ml de líquido similar al anterior; por ello se le realiza nuevamente la prueba de Adams, la cual resulta positiva. Se mantiene el mismo tratamiento y al no existir variación en los exámenes de laboratorio, es dado de alta 14 días después, con excelente estado general.

Por no presentar otras complicaciones en el curso de un año posterior a su ingreso, y por estar asintomático, hace cuatro meses que no utiliza ningún medicamento. Se concluye entonces que el paciente era portador de un quilotórax espontáneo o de causa desconocida. El último estudio radiológico que se le realizó fue un tórax AP (10-12-75) (figuras 20 y 21): fibrosis pleural ligera en la base derecha.

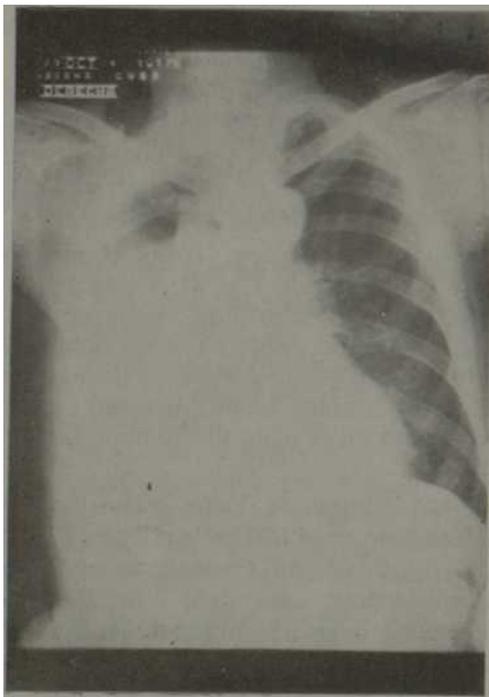


Figura 1. Opacidad de los % inferiores del hemitórax derecho, por colección fluida in- trapeural.



Figura 2. Se acentúa y crece la opacidad por aumento de la colección fluida.

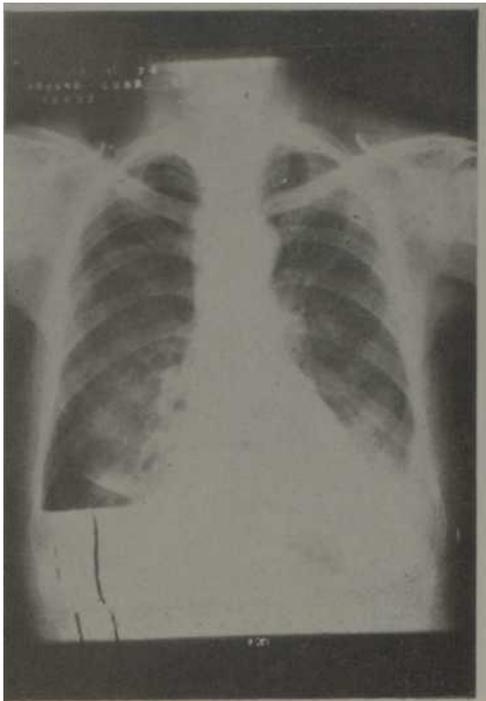
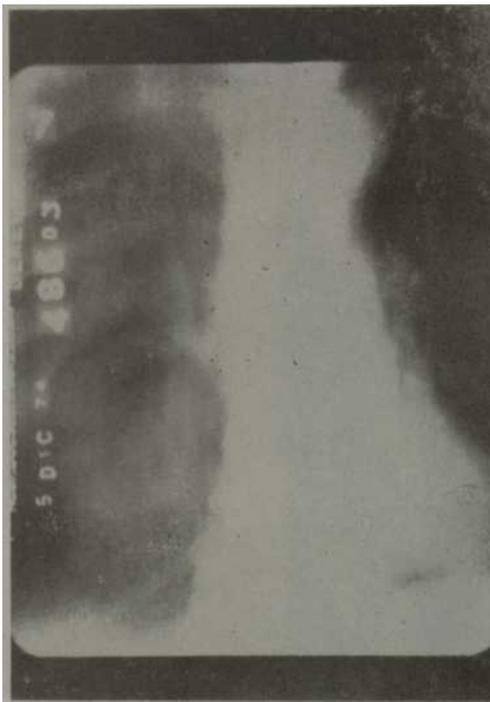


Figura 3. Se ha evacuado el derrame, que corresponde a un quilotórax.



Figura 5.



Figuras 4 a la 9. Tomografía frontal y lateral, donde sólo se aprecian las alteraciones debidas a los restos del quilotórax derecho.

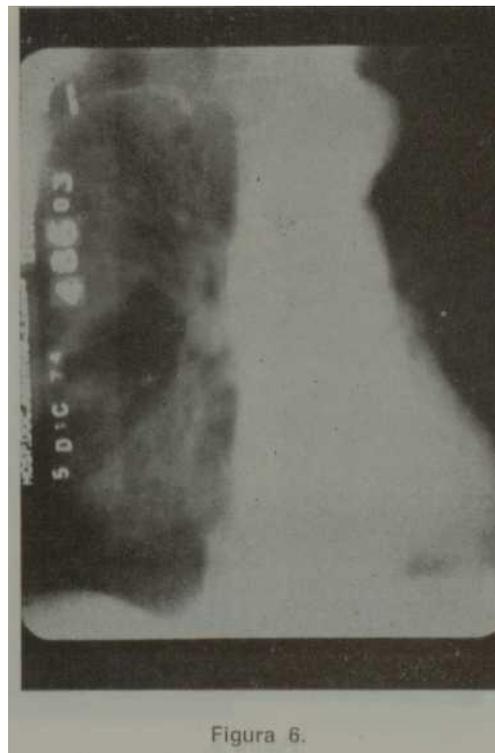


Figura 6.

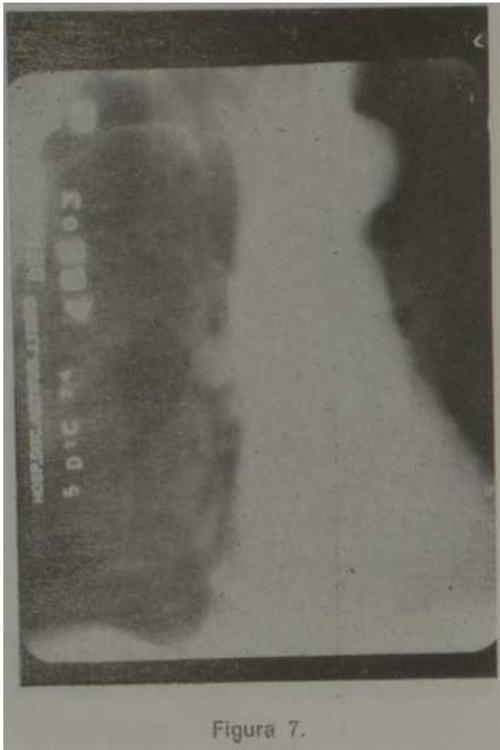


Figura 7.

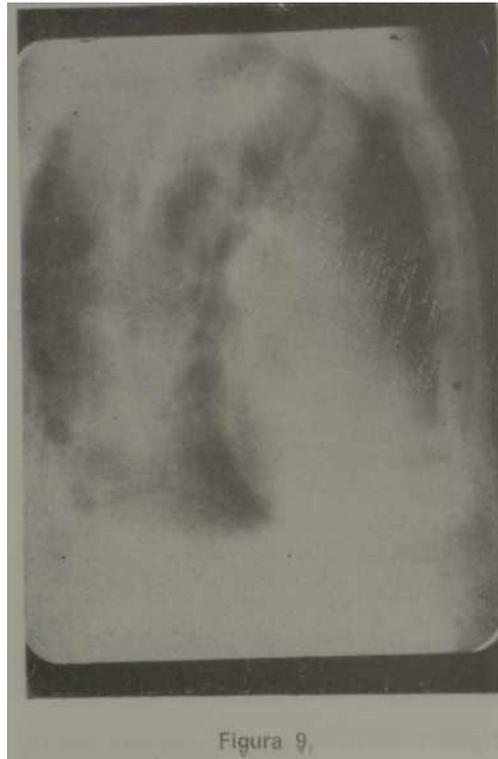


Figura 9.

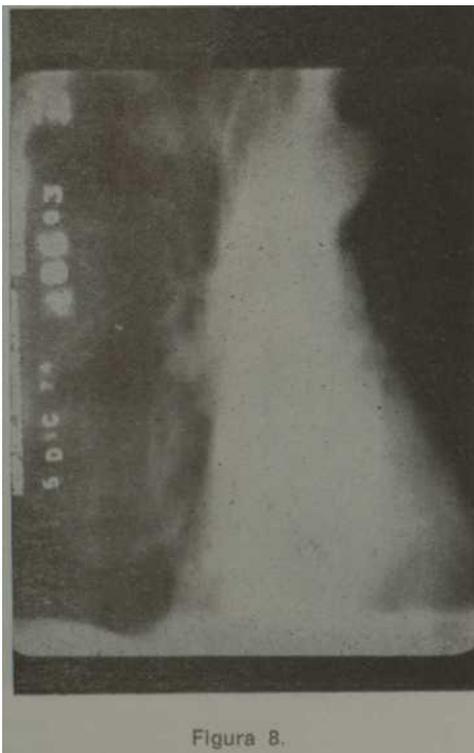
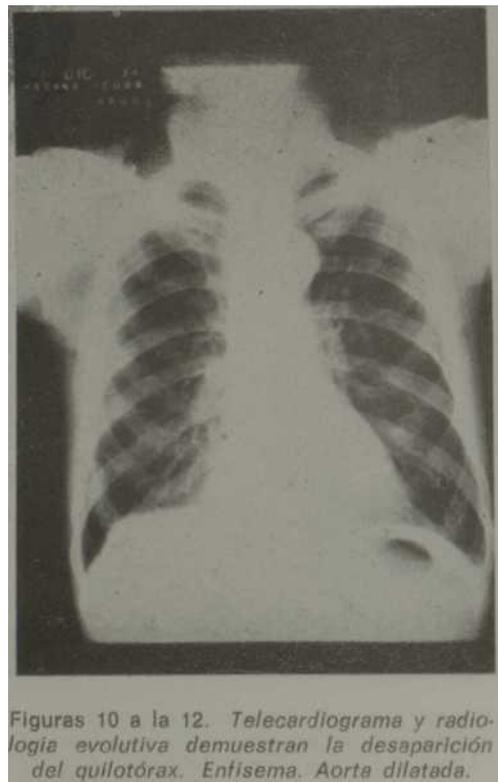


Figura 8.



Figuras 10 a la 12. *Telecardiograma y radiología evolutiva demuestran la desaparición del quilotórax. Enfisema. Aorta dilatada.*

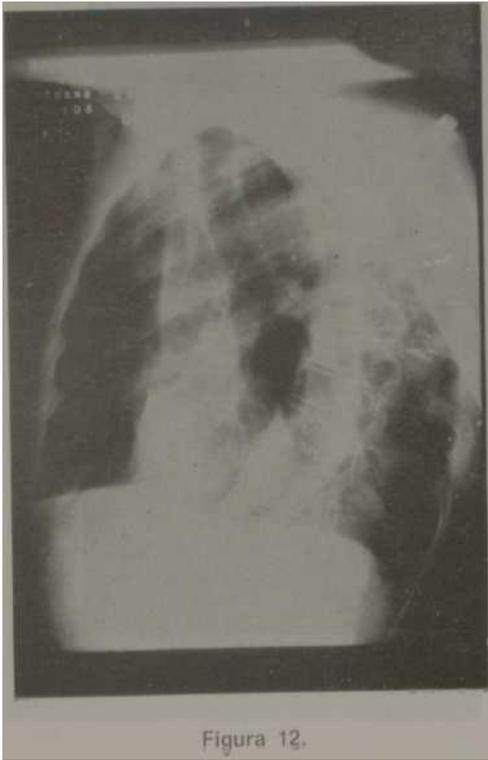


Figura 12.

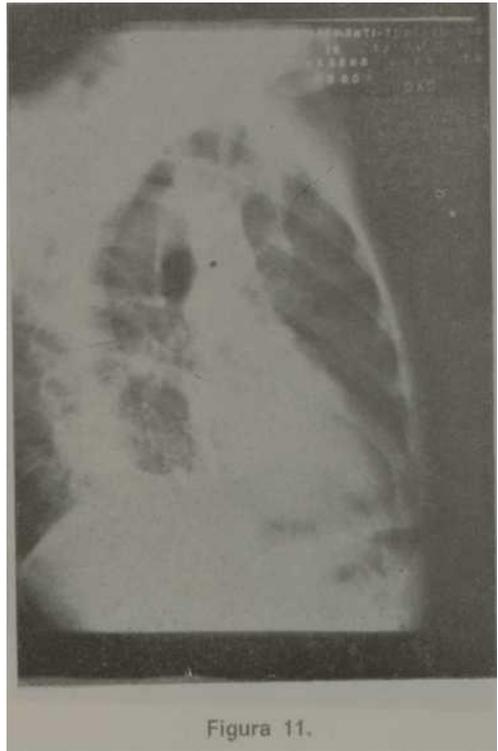


Figura 11.



Figura 13. Colon por enema, diverticulo del colon transverso.



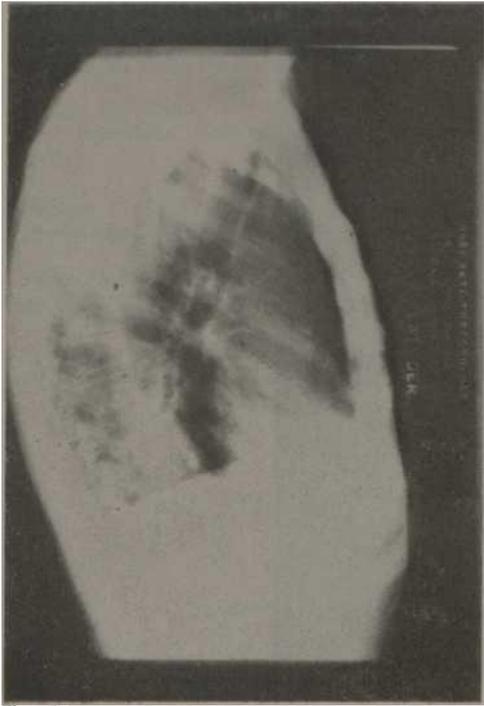
Figuras 14. a. la 17. *Linfografía normal.*



Figura 15.



Figura 16.



Figur 17



Figura 19. Opacidad del hemitórax derecho por extenso derrame intrapleural.

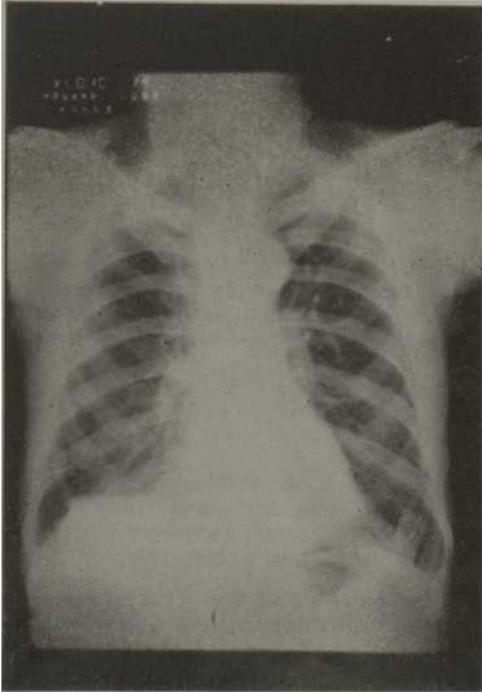


Figura 18. Desaparición del derrame.

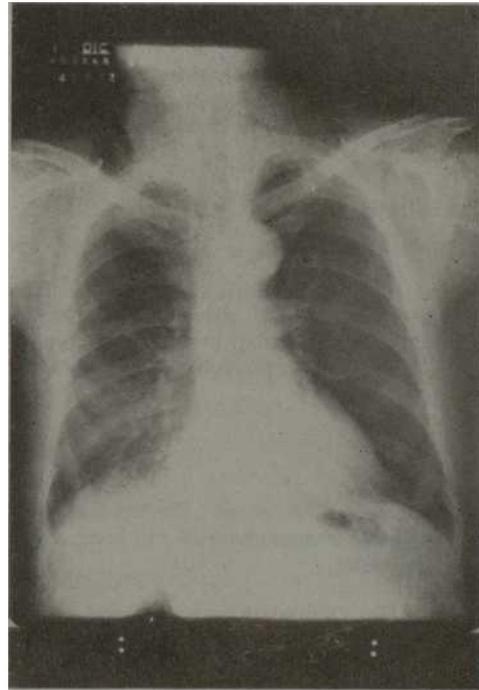


Figura 20. Resolución del derrame. Enfisema. Fibrosis pleural basal derecha.

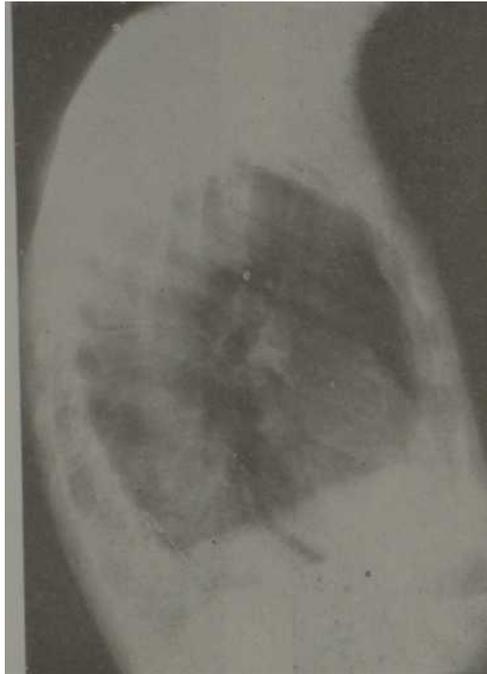


Figura 21. Resolución del derrame. Enfisema. Fibrosis pleural basal derecha.

SUMMARY

Torres Jiménez, C. et al. *Chylothorax. Report of a case.* Rev Cub Med 16: 2, 1977.

A literature review of chylothorax is made, and a patient with a satisfactory evolution a year after the appearance of a right idiopathic chylothorax is presented. Substitutive measures were applied and digitalis and diuretics were administered during the treatment. A sequence of x-ray films is also presented.

RESUME

Torres Jiménez, C. et al. *Chylothorax. Présentation d'un cas.* Rev Cub Med 16: 2, 1977.

Une révision du chylothorax est réalisée, et on décrit un cas de localisation droite, de cause idiopathique, d'évolution satisfaisante —un an après le début de cette affection— ayant comme seul traitement des mesures de substitution, ainsi que les digitaliques et les diurétiques. En outre, une séquence des recherches radiologiques est présentée.

BIBLIOGRAFIA

1. *Takamoto, R. M. et al.* Chylothorax with múltiple lymphangiomata of the bone. *Chest* 59: 687, 1971.
2. *Rivero, R.* Quilotórax posoperatorio tras la corrección completa de una tetralogía de Fallot. *Rev Clin Esp* 124: 421, febrero 29, 1972.
3. *Maier, H. C.* Chylous reflux in the lungs and pleurae. *Thorax* 23: 281, 1968.
4. *Pedro Pons, A.* Patología y clínica médica. Enfermedades del aparato respiratorio, mediastino y aparato locomotor. V. III, Barcelona, Ed. Salvat, p. 606, 1961.
5. *Crofton, J.* Quilotórax. En su: *Enfermedades respiratorias.* Editorial Marín, pág. 256, 1971.
6. *Pierre-Bourgeois.* Maladies de l'appareil respiratoire. Editorial Flammarion, p. 1395, 1957.

1. Pullen, R. L. Quilotórax. En su: Enfermedades de los pulmones. Ediciones Pro-Médica, Barcelona, pág. 508, 1958.
2. *Rubín, E.; Rubín, M.* Enfermedades del tórax. Barcelona. Ediciones Toray, pág. 1070, 1965.
3. *Herzoq, K. A.; Branscom, J. J.* Spontaneous chylothorax. *Chest* 65: 346. 1974.
4. *Jeske, YJ.* Chylothorax in infancy. *Thorax* 23: 214, 1968.
5. *Wells, B. B.* Exudados, trasudados y líquido cefalorraquídeo. En: Todd - Sandford: Diagnóstico clínico por el laboratorio. 4a. Ed. Barcelona, Editorial Marín, pág. 958, 1968.
6. *Recio, A.* Manual de microscopía y química clínica. La Habana, Cultural, pág. 320. 1928.
- 13 *Bowcr, G. C.* Chylothorax. *Dis Chest* 46: 464, 1964.
14. *Bovd, W.* Quilotórax. En su: Tratado de patología general y anatomía patológica. Editorial Bernades, pág. 480, 1964.
- 15 *Mac Farlane, R. J.; Cranston, W. H.* Chylothorax. *Am Rev Resp Dis* 105: 287, 1972.