

Quilotórax congénito bilateral: descripción y manejo

M. Casanova Cuenca, M. Suárez Rodríguez, M.J. Ferrández Berenguer, J.L. Quiles Durá
Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario de Elche (Alicante)

Resumen

El quilotórax constituye la causa más frecuente de derrame pleural en el recién nacido. Generalmente, se trata de un derrame unilateral y secundario a la cirugía torácica; en muy pocos casos es bilateral y de origen congénito.

Presentamos el caso clínico de un neonato con diagnóstico ecográfico prenatal de derrame pleural bilateral.

En la actualidad, el tratamiento para el manejo del quilotórax congénito no está claramente definido.

Palabras clave

Quilotórax congénito bilateral

Abstract

Title: Bilateral congenital chylothorax: description and management

Chylothorax is the most common cause of pleural effusion in the newborn infant. Generally it has to do with an unilateral effusion and secondary to thoracic surgery, and only in a few cases it is bilateral and has a congenital origin.

We report the case of a newborn with echographic prenatal diagnosis of bilateral pleural effusion.

The optimal treatment of congenital chylothorax has not been clearly defined.

Keywords

Bilateral congenital chylothorax

Introducción

El quilotórax, definido como la acumulación anormal de linfa en el espacio pleural, es la causa más frecuente de derrame pleural en el recién nacido. Bioquímicamente, se caracteriza por la presencia de un líquido pleural estéril con una celularidad superior a 1.000 células/ μ L, con más del 80% de linfocitos, proteínas superiores a 20 g/dL y triglicéridos por encima de 110 mg/dL^{1,2}. La etiología más frecuente es la secundaria a la cirugía torácica, por una lesión directa del conducto torácico. El quilotórax congénito es mucho menos frecuente, con una incidencia de 1 por cada 12.000 a 15.000 recién nacidos vivos³. El hemitórax derecho es el principalmente afectado, y tan sólo en el 12% de los casos es bilateral⁴.

Caso clínico

Presentamos el caso clínico de un neonato varón con diagnóstico ecográfico prenatal de derrame pleural bilateral. Era fruto de la segunda gestación de una madre sana de 30 años de edad, con controles clínicos, analíticos y ecográficos normales hasta la semana 31. A las 35 + 6 semanas gestacionales se repitió el control ecográfico fetal ante sensación disneica materna, y se constató la presencia de una polihidramnios y un derrame pleural bilateral de predominio derecho, que no desplazaba el mediastino. Se realizó una cesárea a las 24 horas del diagnóstico. Nació un varón de 3.610 g, con una talla de 48 cm y un perímetro craneal de 36 cm, hipotónico, bradicárdico y con dificultad respiratoria, que precisó intubación al nacimiento. El test de Apgar era de 7/9. Se practicó toracocentesis derecha en antequirófano, en la que se extrajeron 7 mL de líquido amarillento transparente. Se

trasladó al paciente a la unidad de cuidados intensivos neonatales, y se conectó a ventilación mecánica convencional (VMC). En la exploración física presentaba un ligero aspecto edematoso, sin malformaciones externas aparentes. Destacaba una disminución del murmullo vesicular bilateral, la palpación del hígado a unos 3 cm y del bazo a 1 cm por debajo de reborde costal, e hidrocele bilateral. Pese a la toracocentesis previa, en la radiografía de tórax se observó un derrame pleural bilateral (figura 1). La bioquímica del líquido pleural era compatible con un quilotórax (leucocitos 7.880/mm³ con 99% de linfocitos, glucosa 61 mg/dL, proteínas totales 2,4 g/dL, LDH 211 U/L, colesterol 26 mg/dL y triglicéridos 5 mg/dL). El paciente requirió VMC con parámetros mínimos. A las 48 horas se extubó al paciente, y éste presentó una buena evolución, sin necesidad de oxígeno suplementario. Como exploraciones complementarias, se realizó una evaluación cardiológica, con resultado normal, cariotipo 46XY, una serología para virus herpes simple, rubeola, sífilis, toxoplasma y parvovirus B19 negativa, y una ecografía cerebral y abdominal, sin hallazgos patológicos. Permaneció a dieta absoluta con nutrición parenteral total (NPT) (incluido el aporte de lípidos i.v.) durante 7 días, objetivándose una disminución progresiva del derrame pleural en los sucesivos controles radiológicos, por lo que no precisó nuevas toracocentesis. Posteriormente, se inició nutrición enteral con fórmula enriquecida con triglicéridos de cadena media (TCM), y no se observó ninguna reaparición del derrame. Tras 12 días con dicha fórmula, ésta se sustituyó por leche adaptada de inicio, y el paciente permaneció hospitalizado durante 8 días más sin recurrencia del quilotórax. Presentó una evolución clínica favorable y se decidió el alta hospitalaria a los 27 días de



Figura 1. Derrame pleural bilateral durante el ingreso del paciente en la unidad de cuidados intensivos neonatales

vida. En el último control realizado a los 7 meses de edad el paciente permanecía asintomático.

Discusión

En la actualidad se aboga por un periodo inicial de tratamiento conservador basado en estrategias alimentarias y fármacos, reservando el manejo quirúrgico para los casos en que fracase el tratamiento médico² (figura 2), ya que la cirugía no está exenta de riesgos y en ocasiones no es efectiva. El objetivo del tratamiento nutricional es mantener una ingesta calórica adecuada e intentar disminuir la producción de quilo. Para ello existen dos alternativas:

1. Fórmulas enriquecidas con TCM. La ingesta enteral de grasas incrementa el flujo de linfa a través del conducto torácico. La mayoría de regímenes dietéticos incluyen una disminución de la ingesta y su sustitución por TCM que se absorben directamente en el sistema portal sin formar quilomicrones⁵.
2. Nutrición parenteral total. Minimiza el estímulo de las secreciones gastrointestinales.

Algunos autores refieren sólo un mínimo efecto en la disminución de quilo con TCM, basándose en que cualquier ingesta enteral, incluso de agua, incrementa el flujo de linfa a través del conducto torácico, por lo que recomiendan NPT. Sin embargo, el uso prolongado de NPT puede originar colestasis y otras complicaciones secundarias a la existencia de una vía intravenosa⁶. Por tanto, ambas opciones tienen potenciales ventajas y desventajas. Tras revisar la bibliografía sobre el manejo del quilotórax, no hemos hallado ningún estudio aleatorizado y controlado sobre su

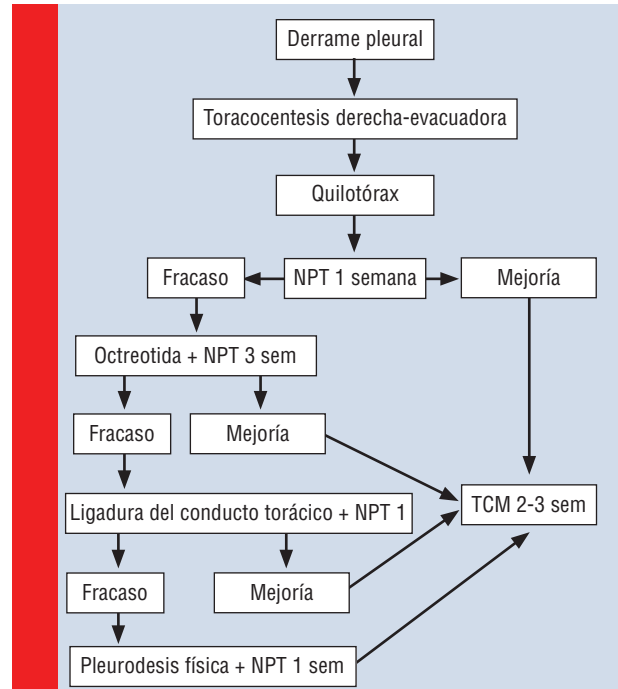


Figura 2. Protocolo terapéutico del quilotórax neonatal. NPT: nutrición parenteral total; TCM: triglicéridos de cadena media

tratamiento, por lo que es necesario realizar nuevos trabajos que permitan establecer cuál es la mejor estrategia terapéutica¹.

En este paciente se administró NPT exclusiva durante 7 días siguiendo el algoritmo de la figura 2¹, y únicamente al constatare una disminución progresiva del derrame pleural se inició nutrición enteral con fórmula enriquecida con TCM, sin recurrencia de la clínica. Cabe reseñar la baja incidencia del quilotórax congénito bilateral; por ello, no existen datos claros que permitan establecer su etiología, siendo la causa idiopática la más frecuente, como en el presente caso. ■

Bibliografía

1. Copons Fernández C, Benítez Segura I, Castillo Salinas F, Salcedo Abizanda S. Quilotórax neonatal: etiología, evolución y respuesta al tratamiento. *An Pediatr (Barc)*. 2008; 68: 224-231.
2. Martínez Tallo E, Hernández Rastrollo R, Agulla Rodino E, Sanjuán Rodríguez S, Campello Escudero E. Quilotórax neonatal y tratamiento conservador. *An Esp Pediatr*. 2002; 56: 448-451.
3. Tsukimori K, Nakanami N, Kotaro F, Yoshimura T, Hikino S, Nakano H. Pleural fluid/serum immunoglobulin ratio is a diagnostic marker for congenital chylothorax in utero. *J Perinat Med*. 2006; 34: 313-317.
4. Brissaud O, Desfere L, Fayon M, Demarquez JL. Congenital idiopathic chylothorax in neonates: chemical pleurodesis with povidone-iodine (Betadine®). *Arch Dis Child Fetal Neonatal*. 2003; 88: 531F-533F.
5. Hashim SA, Roholt HB, Babayan VK, Itallie TBV. Treatment of chylothorax and chylothorax with medium chain triglycerides. *N Engl J Med*. 1964; 270: 756-761.
6. Fernández Álvarez JR, Kalache KD, Grauel EL. Management of spontaneous congenital chylothorax: oral medium-chain triglycerides versus total parenteral nutrition. *Am J Perinatol*. 1999; 16: 415-420.