



## 396 - MUJER DE 40 AÑOS CON QUILOPERICARDIO

B. Mantiñán Gil, J. Riveiro Villanueva, R. Palmeiro Carballeira, P. Pérez Castro y S.M. Alonso Clemente

*Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.*

### Resumen

**Caso clínico:** Mujer de 40 años que consultó en urología por dolor en fosa renal derecha y microhematuria. Realizaron tomografía computarizada para descartar litiasis con hallazgo casual de derrame pericárdico de moderada-importante cuantía. Ingresó en cardiología para completar estudio. Pericardiocentesis con obtención de un líquido lechoso, con triglicéridos 1.221 mg/dl, colesterol 102 mg/dl, proteínas 4,7 g/dl, ADA 12,4 U/L. Se trataba de una paciente sin historia de traumatismos o cirugía torácica previa, clínica infecciosa, reumatológica o sintomatología constitucional. No presentaba compromiso hemodinámico, dolor torácico, disnea o mareo, sugiriendo probablemente un curso subagudo-crónico. Con el diagnóstico de quilopericardio se colocó drenaje pericárdico y consultaron con nuestro servicio. En la valoración nutricional la paciente tenía un peso de 55 kg (peso habitual: 52-53 kg), talla 166 cm, IMC 20 kg/m<sup>2</sup>, VGS-A. Se pautó dieta muy baja en grasas junto con triglicéridos de cadena media en pauta ascendente hasta 60 ml/día, con buena tolerancia, y suplementos hiperproteicos sin grasas. Se asoció octreótido 50 µg/8 horas para intensificar control de débito. Se realizaron tomografía computarizada torácica, linfangiografía con lipiodol y estudio gammagráfico bajo reintroducción de grasas en dieta, sin hallazgos. La citología de líquido, una biopsia del pericardio y los cultivos fueron negativos. Presentó recurrencia rápida del derrame con la reintroducción de las grasas en la dieta. Se decidió tratamiento definitivo mediante ligadura del conducto torácico. Tras el alta la paciente estaba asintomática y se realizó control ecográfico sin datos de recurrencia del quilopericardio.

**Discusión:** El quilopericardio es una entidad clínica muy infrecuente. En las series publicadas la etiología más habitual es idiopática, como nuestro caso, seguida de posquirúrgica (cardíaca, torácica) y neoplasias mediastínicas. El manejo conservador es poco efectivo en los casos idiopáticos.