

Quilotórax bilateral posparto: un caso infrecuente resuelto mediante pleurodesis con talco por videotoracosopia

Antonio F. Honguero Martínez^a, Antonio Arnau Obrer^a, David Pérez Alonso^b, Miriam Estors Guerrero^a, Carmen M. Cortés Alcaide^a y Antonio Cantó Armengod^a

^aServicio de Cirugía Torácica. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.

^bServicio de Cirugía Torácica. Hospital Insular de Las Palmas. Canarias. España.

Resumen

El quilotórax bilateral posparto es una entidad muy poco frecuente. Presentamos el caso de una mujer de 28 años que varios meses después de dar a luz presentó disnea progresiva por derrame pleural bilateral de aspecto lechoso y con presencia de quilomicrones en su análisis bioquímico. El tratamiento inicialmente conservador fracasó en 2 ocasiones. El quilotórax fue tratado eficazmente con videotoracosopia bilateral secuencial con un intervalo de 6 días entre ambas intervenciones y pleurodesis con talco en aerosol.

Palabras clave: *Quilotórax. Parto. Pleurodesis. Talco. Videotoracosopia.*

BILATERAL CHYLOTHORAX AFTER DELIVERY: AN INFREQUENT CASE TREATED WITH VIDEOTHORACOSCOPIC TALC PLEURODESIS

Bilateral chylothorax after delivery is a highly infrequent entity. We present the case of a 28-year-old woman who developed progressive dyspnea due to bilateral milky pleural effusion several months after delivery. The effusion was found to contain chylomicrons in the biochemical analysis. Initial conservative treatment failed twice and the chylothorax was successfully treated through sequential bilateral videothoracoscopy with an interval of 6 days between the two interventions and pleurodesis with spray talc.

Key words: *Chylothorax. Delivery. Pleurodesis. Talc. Videothoracoscopy.*

Introducción

El quilotórax es una entidad rara por su escasa frecuencia. Generalmente suele ocurrir como consecuencia de la lesión que presenta el conducto torácico o sus ramas en el transcurso de la cirugía cardiotorácica o abdominal, por traumatismos, tumores, o bien espontáneamente. El paciente suele presentar al inicio un cuadro clínico de disnea progresiva y una radiografía de tórax con la imagen de un derrame pleural uni o bilateral. Se sospecha si hubo algún antecedente de los descritos previamente y se confirma con el análisis bioquímico del derrame pleural: importante aumento del índice de triglicéridos y presencia de quilomicrones. El aspecto macroscópico suele ser lechoso, si hubo ingesta oral reciente, o bien de un color

seroso-transparente, si el paciente está en ayunas. El quilotórax requiere un diagnóstico y tratamiento tempranos para evitar las alteraciones metabólicas y respiratorias que podrían provocar la muerte del paciente.

Caso clínico

Mujer de 28 años de edad que dio a luz por vía vaginal. El parto fue traumático debido a las maniobras de presión abdominal externa inducidas por el personal sanitario. Dos semanas después del alta, la paciente acudió a urgencias por un cuadro de disnea progresiva hasta hacerse notorio a mínimos esfuerzos. En la radiografía de tórax había un derrame derecho de dos tercios y en la exploración física, semiología de derrame pleural. Se le colocó un drenaje torácico y durante varios días se obtuvo un total de 7.000 ml de líquido con aspecto quilloso y un análisis bioquímico diagnóstico de quilotórax (triglicéridos: 863 mg/dl, colesterol: 68 g/dl y presencia de quilomicrones). Al séptimo día se le retiró el drenaje, se trató a la paciente con una dieta exenta de ácidos grasos de cadena larga y 15 días tras el ingreso se le dio el alta. Tres meses más tarde, al abandonar la dieta previa, acudió de nuevo a urgencias con el mismo cuadro clínico. En la exploración física y radiológica se evidenció una recidiva del quilotórax. Fue tratada de nuevo de modo conservador hasta que, 9 meses tras el parto, la paciente fue remitida al servicio de cirugía torácica por una segunda recidiva (fig. 1).

Correspondencia: Dr. A.F. Honguero.
Correo electrónico: tonyhonguero@yahoo.es

Manuscrito recibido el 12-9-2005 y aceptado el 20-10-2005.



Fig. 1. Tomografía computarizada en la que se observa el derrame pleural del quilotórax bilateral antes de la intervención.

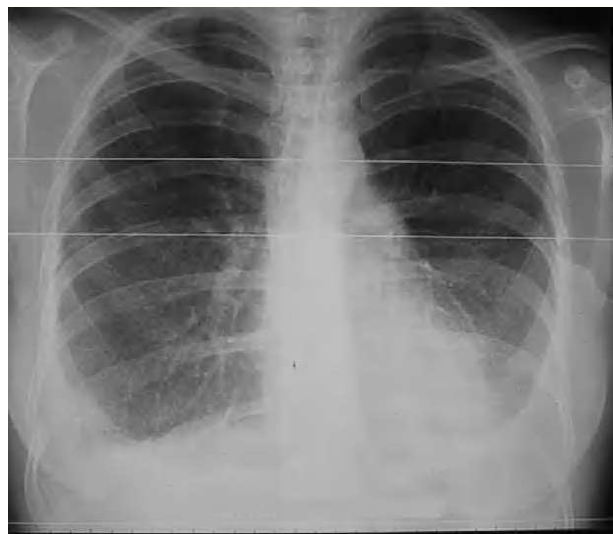


Fig. 2. Radiografía de tórax un año tras la intervención, en la que se observa un leve pinzamiento de ambos senos costofrénicos.

A su ingreso se le pautó una dieta absoluta y nutrición parenteral total a través de un catéter venoso central. La intervención se llevó a cabo con anestesia local y sedación: videotoroscopia del hemitórax derecho colocando un trocar sobre el 5.º espacio intercostal en la línea media axilar, se evacuó el quilotórax (1.400 ml), se tomó una muestra para cultivo (estéril) y otra para anatomía patológica (pleuritis crónica linfocitaria) y los hallazgos en la exploración fueron: pulmón libre de adherencias, pleura parietal y mediastínica inflamatoria difusa con placas nacaradas que se biopsiaron (pleuritis crónica fibrosa). Se le realizó pleurodesis con talco en aerosol (3 g) y se comprobó la imagen en neveda tras reintroducir el toroscopio para observar la distribución más o menos homogénea del talco antes de colocar finalmente el drenaje pleural. La evolución posterior fue favorable, con débitos de 1.800 ml en el primer día postoperatorio hasta disminuir a 75 ml al cuarto día, cuando se le retiró el tubo torácico. Seis días después de la primera intervención se realizó la segunda videotoroscopia sobre el hemitórax izquierdo con el mismo procedimiento. Se obtuvieron 1.200 ml de derrame pleural durante la intervención. Siguió una evolución adecuada en el postoperatorio y se le retiró el tubo torácico al tercer día con un drenaje inferior a 50 ml. La paciente fue dada de alta 13 días tras la primera intervención quirúrgica y acudió para seguimiento a la consulta externa en varias ocasiones durante un año. La radiografía de control a los 10 meses de la intervención mostró un leve pinzamiento de ambos senos costofrénicos (fig. 2) y sin cambios de posición del líquido con el decúbito. Actualmente, 3,5 años después y tras contactar telefónicamente, la paciente se encuentra asintomática, realiza su vida normal y tuvo un segundo parto hace 8 meses sin ninguna complicación ni recidiva del quilotórax.

Discusión

El conducto torácico suele originarse a la altura de las 2 primeras vértebras lumbares en su cara anterior, penetra en el tórax atravesando el hiato aórtico del diafragma y se sitúa entre la vena ácigos y la aorta por el lado anterolateral de la columna vertebral. Sobre T4-T5 cruza al hemitórax izquierdo por detrás del esófago y asciende cruzando el cayado aórtico y la arteria subclavia izquierda hasta desembocar en la unión de la vena yugular interna con la vena subclavia izquierda. Además de este recorrido habitual, pueden existir variaciones.

El quilotórax ocurre generalmente como complicación iatrogénica de la cirugía, por traumatismos abiertos o ce-

rrados, por tumores mediastínicos (principalmente el linfoma) o espontáneamente con maniobras que produzcan hiperpresión intraabdominal e intratorácica, como son la tos, el vómito o con los esfuerzos que la mujer realiza al “empujar” durante el parto¹.

El derrame pleural en el quilotórax puede ser izquierdo o derecho, según esté afectado el conducto torácico craneal o caudal a T4, respectivamente, y cuando es sobre ese nivel vertebral será bilateral. Sin embargo, esta explicación parece demasiado sencilla y no se adapta muchas veces a la realidad. Cuando se rompe el conducto torácico se forma un quiloma extrapleural contenido por la integridad de la pleura, y al romperse ésta se verterá hacia uno o ambos hemotórax.

La presentación de un quilotórax bilateral tras un parto vía vaginal es muy poco frecuente. Se han descrito en la literatura científica otros casos similares, pero con afectación de un solo hemitórax^{2,3}.

Ante un quilotórax el tratamiento inicial debe ser conservador, ya que puede ser resolutivo en muchos casos^{1,4}: toracocentesis evacuadoras para aliviar la disnea o colocación de un drenaje torácico (para cuantificar la cantidad de quilo drenado diariamente), instaurar una dieta absoluta y una nutrición parenteral total. Si al cabo de 7-10 días se obtienen cantidades de líquido por el tubo torácico superiores a 300-500 ml/día, hay que plantear un tratamiento quirúrgico. Algunos autores, tras el fracaso del tratamiento conservador optan por un tratamiento con fármacos como somatostatina u octeótrida con resultados esperanzadores antes de la cirugía⁵.

Hoy día, la vía de tratamiento quirúrgico es controvertida. Tradicionalmente consiste en toracotomía y ligadura del conducto torácico si se identifica, y si no es así, ligadura en masa sobre la proximidad superior del diafragma⁶. Recientemente se han desarrollado técnicas videotoroscópicas para el cierre del conducto torácico con clips o electrocauterio.

Otra opción pueden ser los sellantes de fibrina que simulan el sistema fisiológico de la coagulación. Estas sus-

tancias se han empleado como hemostásicos en diferentes cirugías (abdominal, urológica, torácica) y como aerostáticos en las resecciones pulmonares y neumotórax⁷. Sin embargo, en la bibliografía hay escasas referencias sobre su empleo en el quilotórax, aunque, en teoría, su mecanismo de actuación podría servir⁸.

Otros autores también han tratado el quilotórax por videotoracoscopia, y han realizado pleurodesis con talco con resultados satisfactorios⁹. En nuestro caso, optamos por este último procedimiento mediante pleurodesis con talco utilizado en nuestro servicio como tratamiento de los derrames pleurales malignos, por los buenos resultados en ciertas series^{9,10}, y en los neumotórax espontáneos, por su escasa repercusión sistémica (fiebre y dolor torácico ocasionalmente). La videotoracoscopia es una intervención menos radical que la toracotomía y la realizamos con anestesia local y sedación. Las 2 toracoscopias se realizaron de modo secuencial y metacrónico con un intervalo de 6 días. La primera intervención fue en el hemitórax derecho, ya que en caso de fracaso se podría plantear la toracotomía derecha para la ligadura del conducto torácico. Tras el buen resultado, se practicó en un segundo tiempo la intervención en el hemitórax contralateral con igual eficacia. El talco es el agente más eficaz en la pleurodesis y un inconveniente en gente joven, y con enfermedad benigna puede ser la mayor dificultad en la liberación pulmonar en una futura toracotomía por la sínfisis pleural que provoca, por lo que es necesario un despegamiento más meticuloso, aunque la morbilidad postoperatoria no es excesivamente mayor en nuestra experiencia, y tras varias décadas de uso en los neumotórax no se han descrito procesos patológicos relacionados con el talco.

El quilotórax es una entidad poco frecuente y esto hace que las controversias de las técnicas quirúrgicas a emplear sean difíciles de unificar. Cada cirujano debe elegir, tras el fracaso del tratamiento conservador, la técnica quirúrgica con la que más familiarizado esté y más eficaz le resulte, según su experiencia.

Ante el fracaso del tratamiento conservador en un quilotórax bilateral posparto, nosotros consideramos como opción eficaz la pleurodesis videotoracoscópica bilateral con talco.

Bibliografía

1. López Espadas F, Iribarren Sarrías JL, Martínez Jiménez C, Fernández Rico R, Lacruz Cañas A, Quesada Suescun A. Quilotórax secundario a traumatismo torácico cerrado. A propósito de 6 casos. Arch Bronconeumol. 1997;33:168-71.
2. Cammara SK, Brush RE Jr, Hyzy RC. Chylothorax after childbirth. Chest. 1991;99:1539-40.
3. Tornling G, Axelsson G, Peterffy A. Chylothorax as a complication after delivery. Acta Obstet Gynecol Scand. 1987;66:381-2.
4. Regueiro F, Arnau A, Cantó A. Traumatic chylothorax after right pulmonary resection. Successful conservative management. Thorac Cardiovasc Surg. 2000;48:382.
5. Kelly RF, Shumway SJ. Conservative treatment management of postoperative chylothorax using somatostatin. Ann Thorac Surg. 2000;69:1944-5.
6. Arnau A, Martín E, Cantó A. Quilotórax izquierdo iatrogénico tras cirugía cardiovascular. Arch Bronconeumol. 1998;34:515-6.
7. Kinoshita T, Shinichiro M, Katoh M, Yoshimasu T, Juri M, Maebeya S, et al. Intrapleural administration of a large amount of diluted fibrin glue for intractable pneumothorax. Chest. 2000;117:790-5.
8. Stenzl W, Rigler B, Tscheliessnigg KH, Beitzke A, Metzler H. Treatment of postsurgical chylothorax with fibrin glue. Thorac Cardiovasc Surg. 1983;31:35-6.
9. Mares DV, Mathur PN. Medical thoracoscopic talc pleurodesis for chylothorax due to lymphoma. Chest. 1998;114:731-5.
10. Vargas FS, Milanez JR, Filomeno LT, Fernandez A, Jatene A, Light RW. Intrapleural talc for the prevention of recurrence in benign or undiagnosed pleural effusions. Chest. 1994;106:1771-5.