

Quilotórax y embarazo

Quevedo MC¹, Luna LV¹, Sica N², Pintos S³, Medina R⁴

HOSPITAL ESCUELA DEL LITORAL, PAYSANDÚ

Resumen

El quilotórax asociado al embarazo es una condición extremadamente rara y poco reportada en la literatura científica mundial. La mayoría de estos casos se asocian al período puerperal, traumatismos o etiología neoplásica. En este trabajo se reporta el caso de un quilotórax bilateral espontáneo, sin causa identificable, en una paciente gestante. En los que no se identificaron causas tumorales ni otros factores etiológicos y considerando la remisión total del derrame pleural luego del nacimiento, proponemos una vinculación de esta patología a la gestación.

Abstract

Chylothorax associated with pregnancy is a very rare condition and few cases are reported worldwide. Most of them were associated with childbirth, traumatic or neoplastic etiologies. In this paper we aim to report the case of an spontaneous bilateral chylothorax with no identifiable aetiology in a pregnant woman. As neither neoplasms nor other etiology could be proved and considering the total remission of the pleural effusion after birth, a cause-effect phenomenon between pregnancy and chylothorax is proposed.

Hospital Escuela del Litoral "Galán y Rocha", Paysandú, Uruguay

1 Residente de Clínica Ginecotocológica "A"

2 Asistente de Clínica Ginecotocológica "A"

3 Ex Profesor Adjunto de Clínica Ginecotocológica "A"

4 Ginecólogo, Jefe de Servicio de Ginecotocología del Hospital Escuela del Litoral "Galán y Rocha"

Recibido: 21/11/16 · Aceptado: 01/06/17

INTRODUCCIÓN

El quilotórax se caracteriza por la presencia de líquido de origen linfático en el espacio pleural. Es una entidad poco frecuente, de etiología diversa y en muchas ocasiones poco conocidas, cuya causa más frecuente es la lesión del conducto torácico. La concomitancia de esta patología y el embarazo es una situación extremadamente rara, poco reportada y poco conocida a nivel mundial.

Partiendo del análisis de un caso clínico se propone realizar una revisión de la bibliografía existente acerca de esta patología, con el objetivo de aportar a la actualización de las pautas de diagnóstico y manejo de la misma durante el período grávido-puerperal.

CASO CLÍNICO

Paciente de 42 años, raza blanca, procedente de Paysandú, medio urbano.

Antecedentes familiares de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial esencial.

Antecedentes personales: apendicectomizada. Fumadora pasiva. Controles ginecológicos previos normales, con colpocitología oncológica y mamografía normales.

Antecedentes obstétricos: 3 gestaciones, 3 partos vaginales. Embarazos, partos y puerperios normales.

Cursando al ingreso una gestación de 32 semanas, de captación precoz, bien controlado y tolerado hasta el momento.

Consulta por cuadro de filiación respiratoria dado por disnea y dolor tipo pleurítico, que se acompaña de un síndrome de repercusión general dado por astenia y adinamia. No fiebre. No síndrome tóxico-infeccioso. No tos, no expectoración, ni artromialgias.

Sin elementos de alarma obstétrica.

Al examen clínico se destaca la presencia de una polipnea y un síndrome en menos bilateral en ambas bases pulmonares, en apirexia y con una adecuada saturación de oxígeno.

De los exámenes complementarios se destaca en la radiografía de tórax un pequeño derrame pleural bilateral y una opacidad en base de hemitórax derecho, que se interpreta inicialmente como un cuadro de neumonía aguda comunitaria.

La evolución fue tórpida con el tratamiento antibiótico instituido dado que hubo aumento del dolor pleurítico y de la polipnea. La disnea se hace a mínimos esfuerzos, agregándose una taquicardia basal de 110 cpm.

Se realiza nueva radiografía de tórax con protección que muestra imagen compatible con derrame pleural a izquierda, de mayor entidad que en radiografía anterior. Persiste pequeño derrame pleural a derecha. (Figura 1 y Figura 2).

Se puncionan ambos derrames pleurales con criterio diagnóstico confirmando la presencia de un quilotórax bilateral de moderada entidad. Líquido de aspecto lechoso postcentrifugado, colesterol 198 mg/dl, TG 1258 mg/dl, quilomicrones presentes. (Figura 3).

Del resto de los exámenes complementarios se destaca una leucocitosis de 12,9 y una PCR de 80,7. Perfil lipídico muestra hipercolesterolemia (262 mg/dL) e hipertrigliceridemia (252 mg/dL).

Se realizan exámenes para búsqueda etiológica.

FIGURA 1.
Radiografía de tórax (enfoque de perfil)

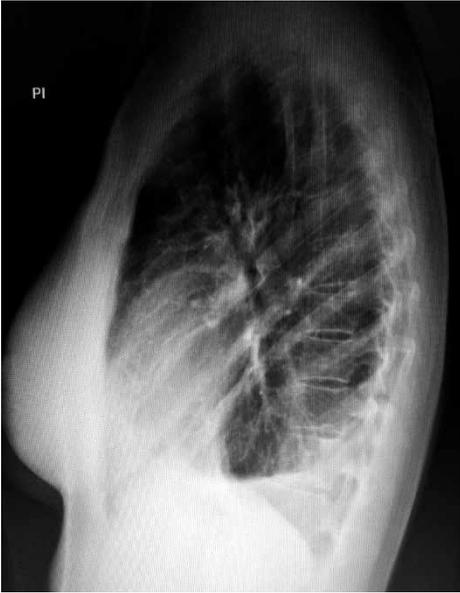


FIGURA 2.
Radiografía de tórax (enfoque de frente)



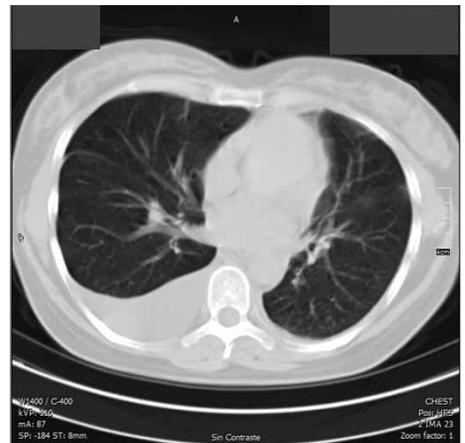
FIGURA 3.
Aspecto del líquido pleural pre y postcentrifugado



Tomografía axial computada (TAC) de tórax con protección: no se visualizan adenomegalias profundas ni tumoraciones. (Figura 4). Ecografía abdominal que no evidencia ascitis. Baciloscopías de líquido pleural negativas. PPD negativo. Citología del líquido pleural negativa para malignidad y/o especificidad, con cambios mesoteliales reactivos. β_2 microglobulina dentro de valores normales. Inmunofenotipo del líquido pleural que informa poblaciones linfoides halladas sin atipias clonotípicas. Muestra con gran proporción de células inviables, lo que hace relativizar los hallazgos de este estudio, pudiendo aumentar el riesgo de falsos negativos. Anticuerpos antinucleares y antireumatoideo negativos.

Se realiza control ecográfico de la magnitud del derrame que muestra un aumento lentamente pro-

FIGURA 4.
Tomografía axial computada de tórax en T1 y T2 que muestran el quilotórax a predominio derecho (postpunción).



gresivo del mismo, por lo cual se decide la interrupción del embarazo mediante operación cesárea a las 36 semanas de edad gestacional luego de completada la maduración pulmonar fetal. Se asiste el nacimiento de un feto vivo, vigoroso, Apgar 9/9. Adecuado para la edad gestacional, con un peso al nacer de 2810 gramos y buena evolución.

En el puerperio inmediato se realiza *body* TAC que no visualiza trombosis del confluente yugulo-subclavio izquierdo, tumoraciones o adenopatías profundas.

Buena evolución clínica desde el punto de vista respiratorio, otorgándose el alta a los 6 días de postoperatorio, con dieta baja en triglicéridos de cadena larga y control en policlínica de medicina interna, neumología y ginecología. Última ecogra-

fía muestra disminución de la entidad del derrame pleural.

Se realiza TAC de tórax y abdomen en el puerperio alejado que muestra una franca remisión del derrame pleural bilateral persistiendo mínimo engrosamiento pleural basal posterior izquierdo. Tractos apicales, bilaterales y de aspecto secuelar. Nódulo calcificado de 4 mm en la periferia del lóbulo inferior izquierdo, sin valor patológico. No se observan otros nódulos pulmonares. No se identifican adenomegalias hiliares ni mediastinales. A nivel abdominal no se visualizan imágenes patológicas. (Figura 5).

DISCUSIÓN

El quilotórax es una patología rara que resulta de la salida de linfa desde los conductos linfáticos hacia el espacio pleural. La misma se diagnostica por la presencia de un exudado pleural mediante los criterios de Light (Tabla 1) con valores de colesterol menores a 200 mg/dL,

FIGURA 5.
Tomografía axial computada de tórax en T1 y T2 que muestran remisión casi completa del quilotórax.



TABLA 1.

Criterios de Light

De acuerdo con los criterios descritos por Richard Light en 1972, los trasudados y exudados se diferencian midiendo los niveles de deshidrogenasa láctica (LDH) y proteínas en el líquido pleural. Los exudados cumplen por lo menos uno de los siguientes criterios, mientras los trasudados no cumplen ninguno (sensibilidad 99% y especificidad del 98%):

- Relación de proteínas en líquido pleural a suero mayor de 0.5.
- Relación de LDH en líquido pleural a suero mayor de 0.6.
- LDH en líquido pleural mayor de 200 UI; o dos tercios del valor máximo normal en suero (o mayor de 0.45).

Adicionalmente se mencionan en la literatura:

- Proteínas en el líquido pleural mayor de 3 gr/dl.
- Colesterol en líquido pleural mayor de 45 mg/dl.
- Relación de colesterol en líquido pleural a suero mayor de 0.3.
- Relación de albúmina en líquido pleural a suero mayor de 1.2
- Relación de bilirrubina en líquido pleural a suero mayor de 0.6
- Densidad mayor de 1.016

TABLA 2.

Criterios diagnósticos de quilotórax en líquido pleural

	Triglicéridos	Colesterol	Quilomicrones	Cristales de col
Quilotórax⁽¹⁾	> 110 mg/dL	< 200 mg/dL	Presentes	No presentes
Pseudo-quilotórax	< 50 mg/dL	> 200 mg/dL	Ausentes	Presentes

⁽¹⁾Una relación de colesterol de LP y suero menor a 1 y una relación de colesterol del LP y suero mayor a uno también son sugestivos de quilotórax (en nuestra paciente 0,69 y 4,9).

Tabla 3.

Etiología del quilotórax

Traumática	Iatrogénica	Cirugía cardiotorácica.
		Simpatectomía torácica.
		Trasplante cardiopulmonar.
		Esofagoscopia.
		Cirugía de tiroides o espinal.
		Cirugía de hernia diafragmática.
No traumática	No iatrogénica	Lesiones penetrantes de tórax o cuello.
		Traumatismo con hiperextensión de la columna vertebral.
		Fractura vertebral.
		Traumatismo del conducto torácico durante el parto (neonatos).
No traumática	Maligna	Linfoma
	Benigna	Sarcoidosis.
		Amiloidosis.
		Bocio con prolongación retroesternal.
		Cirrosis.
		Filariasis.
		Trombosis de vena cava superior.
		Malformaciones congénitas del conducto torácico.
		Desplazamiento transdiafragmático de ascitis quillosa.
		Maniobras de Valsalva.
Linfangioleiomiomatosis.		
Idiopática		

valores de triglicéridos mayores a 110 mg/dL y la presencia de quilomicrones (Tabla 2), siendo este último el parámetro más importante en el diagnóstico de esta entidad.¹

Existe otra entidad conocida, el pseudoquilotórax, que se desarrolla en los derrames crónicos, especialmente el reumatoide y el empiema tuberculoso, y presenta un aspecto muy similar al quilotórax pero con un contenido muy elevado de colesterol (muy superior al sanguíneo) y relativamente bajo en triglicéridos, en ausencia de quilomicrones. Su etiología y patogenia difieren significativamente de las del quilotórax.^{1,2}

El quilotórax se presenta generalmente en

forma unilateral (en hasta un 84% de los casos), predominando a derecha. La presentación bilateral ocurre solo en un 16% de los casos de quilotórax, siendo ésta una particularidad del caso clínico a analizar. Este dato orienta hacia la topografía de la lesión, dado que las lesiones del conducto torácico que ocurren por encima de la quinta vértebra torácica conducen a un quilotórax a izquierda, mientras que aquellas que ocurren por debajo de este nivel se manifiestan por un quilotórax a derecha.¹

Con respecto a las posibles etiologías de esta patología, las mismas se pueden clasificar en dos grandes grupos: traumáticas y no traumáticas (Tabla 3).

Dentro de la etiología traumática, que constituye un 25% de las causas de quilotórax, pueden diferenciarse las causas iatrogénicas y las no iatrogénicas, siendo estas últimas las menos frecuentes. Dentro de las causas iatrogénicas nombramos las cirugías cardio-torácicas, la simpatectomía torácica, el trasplante de corazón o pulmón, la esofagoscopia, la cirugía de tiroides o espinal, y la cirugía de hernia diafragmática (principalmente en niños). Las causas no iatrogénicas incluyen las lesiones penetrantes de tórax y cuello y el traumatismo con hiperextensión de la columna vertebral o fractura vertebral.¹

La etiología no traumática incluye causas tumorales y no tumorales. La etiología tumoral constituye la causa más frecuente de quilotórax, presente en hasta un 50% de los casos. Los tumores de origen maligno son los más frecuentemente responsables de esta patología. Dentro de estas últimas se destaca el linfoma, que está presente en hasta un 70% de los casos de origen maligno, con una mayor prevalencia en los linfomas no Hodgkin. La etiología benigna incluye la sarcoidosis, amiloidosis, bocio con prolongación retroesternal, cirrosis, filariasis, trombosis de vena cava superior, tumores benignos, malformaciones congénitas y desplazamiento transdiafragmático de ascitis quillosa.¹

Entre un 5 a 10% de los casos de quilotórax son idiopáticos, no identificándose el agente etiológico responsable del cuadro.¹

En forma menos frecuente se han reportado casos secundarios a ejercicio físico intenso, tos persistente, vómitos reiterados o a esfuerzos de pujo durante el parto.¹

A nivel neonatal el quilotórax constituye el derrame pleural más frecuente y es secundario a un traumatismo del conducto torácico durante el parto o a anomalías congénitas del mismo.¹

Dada la edad de la paciente involucrada en el caso clínico cabe destacar como posible etiología a la linfangioleiomiomatosis, condición extremadamente rara, que ocurre en pacientes en edad reproductiva y se caracteriza por la proliferación de músculo liso a nivel pulmonar, de ganglios linfáticos y del conducto torácico. Es de diagnóstico histológico, si bien existen imágenes sugestivas del mismo, principalmente a nivel esplénico.³

El tratamiento del quilotórax depende de la magnitud del mismo y de la condición clínica de la paciente. Los objetivos de manejo son mantener un estado nutricional adecuado, disminuir la producción de linfa, aliviar la sintomatología respiratoria y el tratamiento etiológico. El tratamiento incluye una modalidad médica y una quirúrgica. No existen suficientes estudios comparativos que permitan realizar una recomendación entre las diferentes opciones terapéuticas.⁴

El tratamiento médico conservador es el método terapéutico de elección en hasta un 80% de los casos. El mismo incluye medidas dietéticas que van desde una dieta restringida en triglicéridos de cadena larga, hasta la suspensión total de la vía oral con alimentación parenteral. La somatostatina o el octreotide reducen la producción de linfa, por lo que reducen secundariamente su circulación, si bien no existe consenso sobre el momento más adecuado para iniciar el tratamiento, las dosis apropiadas o el momento oportuno para interrumpir el mismo. La quimioterapia y la radioterapia pueden ser útiles en casos de quilotórax de etiología maligna.^{4,5}

El tratamiento quirúrgico generalmente se reserva para casos en los cuales falla el tratamiento conservador. Sus tasas de éxito varían ampliamente según la técnica utilizada, entre un 25 a 95%. Los métodos tradicionales presentan una alta tasa de complicaciones y una mortalidad de hasta un 25%. Por otro lado, las técnicas radiológicas mínimamente invasivas, como la embolización percutánea del conducto torácico, presentan mejores tasas de éxito y menores tasas de complicaciones. Las opciones quirúrgicas incluyen la pleurodesis, la canalización y la embolización del conducto torácico, así como la ligadura del mismo.⁴

El quilotórax en el período grávido-puerperal es una condición extremadamente rara, con pocos casos descritos en la bibliografía. De los mismos, la mayoría se manifestaron y fueron diagnosticados luego del parto, hallándose solamente cinco casos diagnosticados durante el embarazo. Las causas identificadas incluyen el linfoma, la linfangioleiomiomatosis, la trombosis yugular, subclavia y del tronco braquicefálico y la etiología traumática por la realización de maniobras de Valsalva durante el

parto, ninguna de las cuales puede plantearse en la paciente reportada en este artículo.⁶⁻¹⁰

CONCLUSIONES

El quilotórax es una condición rara con múltiples etiologías. El análisis del líquido pleural permite el diagnóstico de esta enfermedad cuando existe sospecha clínica de la misma. El manejo conservador es generalmente recomendado en la mayoría de los casos no iatrogénicos, reservando el tratamiento quirúrgico para pacientes que presenten casos severos o persistentes, con mala respuesta a tratamiento médico.

La baja frecuencia de presentación de esta entidad, y principalmente durante el proceso de embarazo, parto y puerperio, marcan la importancia de este caso y la consiguiente revisión de la bibliografía realizada.

Dada la ausencia de etiología clínica o paraclínica demostrable del quilotórax presente en la paciente y su remisión total luego de la interrupción del embarazo, planteamos una probable vinculación de la patología con la gestación.

Bibliografía

1. McGrath EE, Blades Z, Anderson PB. Chylothorax: aetiology, diagnosis and therapeutic options. *Respir Med.* 2010. 104 (1): 1-8.
2. García-Zamalloa A et al. Pseudochylothorax. Report of 2 cases and review of the literature. *Medicine.* 1999. 78 (3): 200-207.
3. Taveira-Da Silva AM, Steagall WK, Moss J. Lymphangioliomyomatosis. *Cancer Control.* 2006. 13 (4): 276-285.
4. Schild HH. Et al. Treatment options in patients with chylothorax. *Dtsch Arztebl Int.* 2013. 29; 110 (48): 819-826.
5. Sirvent Ochando M et al. Nutritional support and treatment of chylothorax with octotide. *Nutr Hosp.* 2010. 25 (1): 113-119.
6. Hellyer J et al. Pregnancy complicated by Gorham-Stout disease and refractory chylothorax. *AJP Rep.* 2016. 6 (4): 355-358.
7. Smedra A et al. Chylothorax as a rare complication of acute pancreatitis in a 25-year-old woman after caesarean section. *Arch Med Sadowej Kryminol.* 2015. 65 (3); 183-189.
8. Novikov VA et al. A case of spontaneous chylothorax complicating pregnancy. *Ter Arkh.* 2012. 84 (7); 84-88.
9. Rahimi-Rad MH. Chylothorax after childbirth in a mother. *Indian J Med Sci.* 2008. 62 (1): 19-20.
10. Li X et al. Pregnancy complicated by spontaneous chylothorax: a case report. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006. 85 (12); 1510-1511.