

QUILOTORAX: A PROPOSITO DE UN CASO TRATADO CON TETRACICLINA INTRAPLEURAL

UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA
HOSPITAL MILITAR CENTRAL "DOCTOR CARLOS J. FINLAY"

Dr. Fernando Fernández Reverón,* Dra. Daysi Alvarez Montalvo,** Dr. Enrique Vázquez Merallo***
y Dr. Orlando Rodríguez Castillo****

Se presenta un caso de quilotórax persistente, que ante la opción del tratamiento quirúrgico es tratado con tetraciclina intrapleural y se obtiene una respuesta favorable, rápida y sin complicaciones.

INTRODUCCION

El quilotórax es una rara afección en cualquier edad, pero sobre todo en la infancia, si bien se ha observado en lactantes e incluso en recién nacidos.¹

Atendiendo a su causa, puede ser clasificado como congénito, espontáneo, de origen desconocido y traumático (iatrogénico y no iatrogénico), y es este último el más frecuente.^{2,3} a causa de traumatismos durante el parto o producidos en el transcurso de intervenciones torácicas por cirugía cardiovascular o esofágicas. Ha sido descrito también por trombosis, como consecuencia de cateterización de la vena subclavia izquierda y más raramente en tumores malignos especialmente linfomas.^{4,5}

El tratamiento del quilotórax en el niño es inicialmente conservador e implica el siguiente procedimiento: se deberá realizar una toracocentesis con evacuación del quilo, seguido de pleurotomia y aspiración continua, si ocurre una reacumulación del líquido.

* Especialista de I Grado en Pediatría. Jefe de la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica. Profesor Auxiliar de Pediatría.

** Especialista de I Grado en Pediatría. Instructora de Pediatría.

*** Especialista de I Grado en Cirugía Pediátrica. Instructor de Pediatría.

**** Especialista de I Grado en Pediatría. Vicedirector Docente. Asistente de Pediatría.

Como la administración oral de grasa aumenta el flujo de linfa a través del conducto torácico, se hace necesario una dieta baja en grasa o mejor la utilización de triglicéridos de cadena media, que son absorbidos directamente por la vena porta sin la formación de quilomicrones.⁶ Algunos aconsejan la alimentación parenteral total (APT) y no administrar nada por vía oral, pues el agua, la dextrosa o la solución salina normal aumentan el flujo por el conducto torácico.⁷

El tratamiento quirúrgico que consiste en la ligadura del conducto, se utiliza sólo en aquellos casos en los cuales el volumen drenado es superior a 100 mL por año de edad y por día, durante más de 7 días o la persistencia del drenaje por más de 10 días sin señales de disminución, o bien la presencia de quilopericardio con taponamiento cardiaco que reaparece después del drenaje.⁸

La inyección de agentes por vía intrapleural para provocar la sinfisis de la pleura, se ha utilizado en casos de neumotórax recurrente por fistula broncoplueral,⁹ quilotorax persistente¹⁰ y pleuresia por enfermedades neoplásicas.¹¹

Dentro de estos agentes se señalan el talco, aunque se ve limitado por su potente acción fibrótica, que produce una intensa reacción granulomatosa asociada en algunos casos con daño alveolar e insuficiencia respiratoria aguda.¹²

Teniendo en cuenta estas complicaciones se han utilizado otras sustancias con el mismo propósito, dentro de las cuales se encuentra la tetraciclina, cuya eficacia ha sido demostrada en un elevado porcentaje de casos.¹³

El propósito fundamental de nuestro trabajo es demostrar la utilidad de esta alternativa terapéutica frente a un paciente que presenta un quilotorax persistente.

PRESENTACION DEL CASO Y COMENTARIOS

Lactante de 44 días de edad, con un peso de 4 kg, sexo femenino y antecedentes de parto en presentación podálica y antecedentes de falta de aire de 2 a 3 días de evolución, que 2 horas antes de acudir al hospital presenta dificultad respiratoria con quejido y cianosis, por lo cual es ingresada en la sala de terapia intensiva.

Al examen físico muestra polipnea con una frecuencia respiratoria de 70 por minuto, intenso tiraje intercostal y subcostal, murmullo vesicular ausente en hemitórax izquierdo, ruidos cardíacos taquicárdicos, frecuencia cardíaca de 180 por minuto, no se evidencian soplos, tensión arterial de 110/60, cianosis acral y peribucal. Hepatomegalia: 2 a 3 cm. Espplenomegalia: 2 cm.

Se le realiza gasometría arterial, cuyos resultados son los siguientes:
pH: 7.19; pCO₂: 55; pO₂: 46; EB: -7; SB: 18; HbO₂: 70.

Ante la situación clínica de nuestra paciente más los resultados de la gasometría, se intuba y se acopla a un respirador mecánico.

Se le realiza una radiografía de tórax, donde se aprecia una opacidad del hemitórax izquierdo con marcado desplazamiento del mediastino hacia el lado derecho (figura 1). Se le realiza una punción pleural en el hemitórax izquierdo, y se obtienen 170 mL de líquido blanco lechoso y graso con las características del quilo. Después de la evacuación pleural la niña mejora la dificultad respiratoria, por lo que se le retira la ventilación mecánica y se extuba.

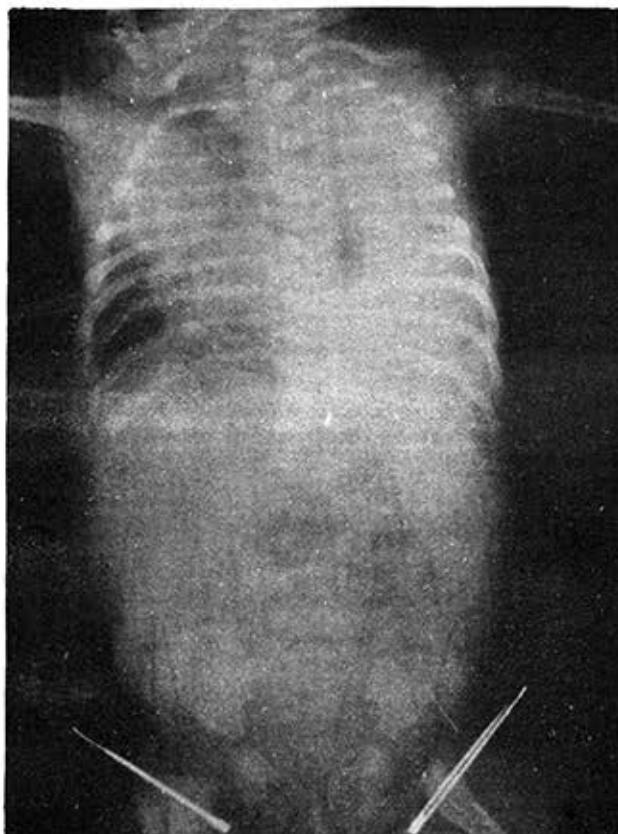


FIGURA 1. Apreciable opacidad del hemitórax izquierdo, con marcado desplazamiento del mediastino hacia el lado derecho.

El examen citoquímico del líquido confirma la presencia de quilotórax.

Leucocitos: 14 400 por mm^3 con 100 % de linfocitos; hematies: 100 por mm^3 ; lípidos totales: 1 286 mg/100 mL; proteínas totales: 35.4 g/L; albúmina: 27.5 g/L; globulina: 7.9 g/L y sodio: 142 mEq/L.

A las 24 horas de ingresada se inicia la alimentación parenteral total (APT). Tres días después se reinstala el quilotórax, por lo que se le realiza pleurotomía mínima con aspiración continua, y se obtienen 100 mL de quilo. A las 48 horas ocurre de forma accidental, la salida del catéter de la pleura, por lo que se decide mantenerla sin la aspiración continua, con la APT y algunas tomas de dextrosa al 5 % por vía oral. Alrededor de 12 a 24 horas después, la paciente comienza a presentar nuevamente dificultad

respiratoria y se comprueba radiográficamente la reinstalación del derrame pleural (figura 2), con desplazamiento del mediastino hacia la derecha. Se le realiza nuevamente pleurotomia y se obtienen 200 mL de linfa y se mantiene la administración oral de dextrosa siguiendo con APT₂. Al cabo de los 17 días de su ingreso drena alrededor de 30 a 40 mL por m² SC por día, afirmando los criterios para el tratamiento quirúrgico. Ante esta opción, se decide utilizar tetraciclina intrapleural, a razón de 50 mg por kg de peso (200 mg) una dosis, y se pinza la sonda pleural. A las 24 horas se realiza pleurotomia, no se extrae líquido, y se mantiene 72 horas. Posteriormente se efectúa radiografía de tórax (figura 3), donde no se aprecia derrame pleural, por lo cual se concluye la pleurotomía, y se comienza la administración de leche de vaca por vía oral. A las 48 horas se suspende la APT.

A los 27 días de su ingreso es dada de alta con una radiografía de tórax normal (figura 4) y 7 días después de egresada la niña se encontraba normal, con un estudio radiográfico de tórax sin alteraciones (figura 5).

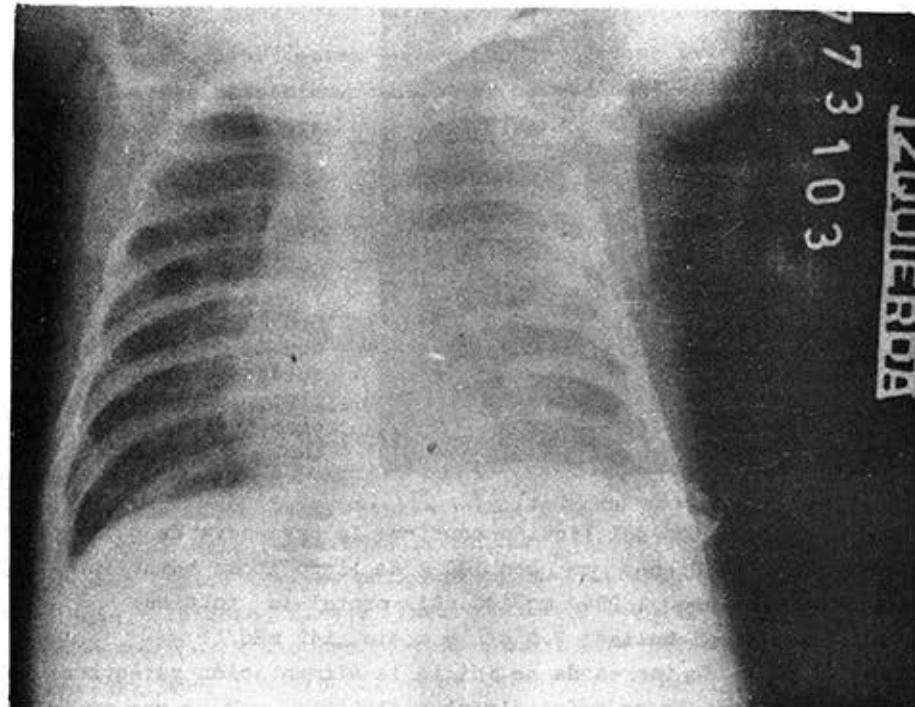


FIGURA 2. Reinstalación del derrame pleural, con desplazamiento del mediastino hacia la derecha.

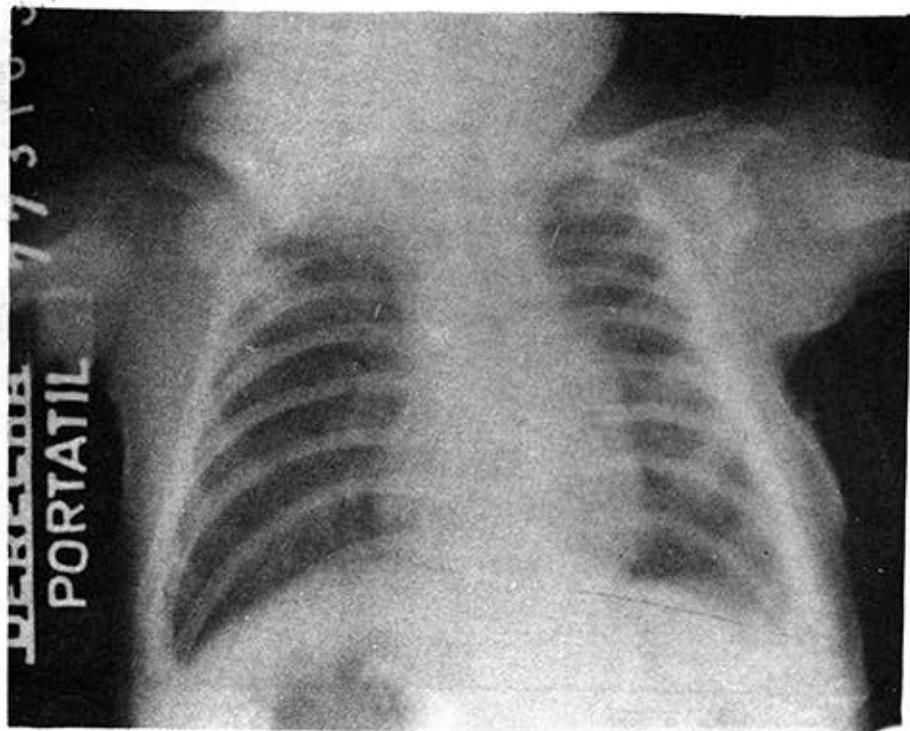


FIGURA 3. En la radiografía no se observa derrame pleural.

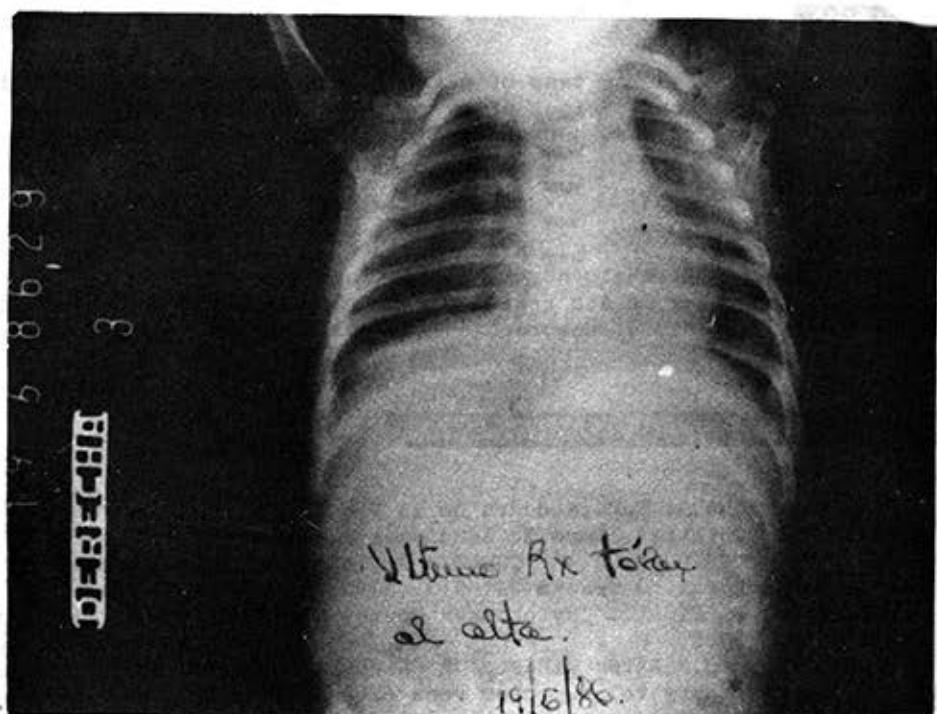


FIGURA 4. Radiografía normal al alta de la paciente, 27 días después de su ingreso.

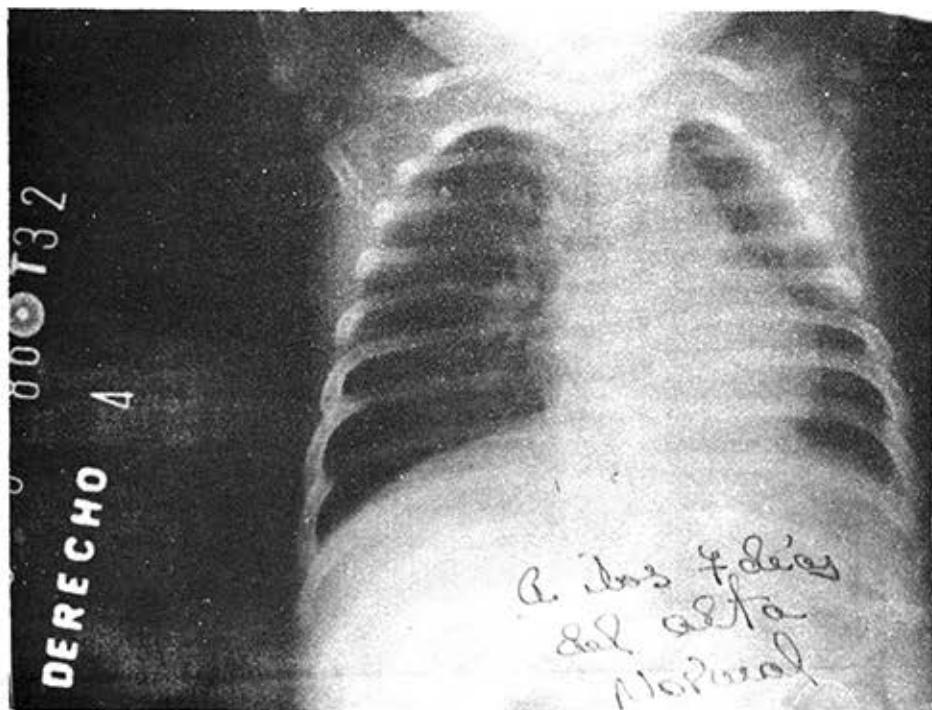


FIGURA 5. A los 7 días del egreso, la figura muestra una radiografía de tórax sin alteraciones.

SUMMARY

This paper deals with the case of patient undergoing persistent chylothorax, who in front of the choice of surgical treatment is treated with intrapleural tetracycline. A rapid and favorable response, without complications, is obtained.

RESUME

On présente un cas de chylothorax persistant qui, face à l'option du traitement chirurgical, a été traité par tétracycline par voie intrapleurale. On a obtenu rapidement une réponse favorable et sans complications.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. HEINZ FEICHENWALD: Enfermedades de la Pleura. En: Nelson Vaughan Mukay. Tratado de Pediatría. Tomo 2, Ediciones R., 1983, pp. 1039-1043.
2. RAMZ; A. RODRIGUEZ; R. A. COWLEY: Pitfalls in the management of traumatic chylothorax. J Trauma 22: 513, 1982.
3. LUIS TEBAM, D. ET AL.: Chylothorax Review Critical care. Medicine 13 (1): 49-52, 1985.
4. DHANDE, V.; J. KATH WINKEL; B. ALFORD: Recurrent bilateral pleural effusion secondary to superior vena cava obstruction as a complication of central venous catheterization. Pediatrics 72-109, 1983.
5. STRAUNSSER, J. L.; M. W. FLYE: Management of non Traumatic Chylothorax. Ann Thorac Surg 31: 520, 1981.

6. PUNTIS, J. W. L. ET AL.: How should chylothorax be managed. Archives of Disease in Childhood 62: 593-596, 1987.
7. NESTOR, E. ET AL.: Neo-Natal Chylothorax. A report and discussion of nine consecutive cases. J Pediatric Surgery. 15 (3): June, 1980.
8. WILLIAMS, K. R.; T. H. BURFORD: The Management of Chylothorax. Ann Surg 131-160, 1964.
9. NANDI, M. B.: Recurrent spontaneous pneumothorax an effective method of talc podrage. Chest 77: 4493, 1980.
10. ADLER, R. H. ET AL.: Persistent Chylothorax Treatment by talc pleurodesis. J Thorac Cardiovasc Surg 76: 859, 1978.
11. GOOD, J. T. ET AL.: Intrapleural Therapy with Tetracycline in malignant pleural effusions. Chest. 74: 602, 1978.
12. BOUCHAMA, A. ET AL.: Acute pneumoconiosis with bilateral pleural effusion after tube pleurodesis. Chest 86 795, 1984.
13. PRIMROSE, W. R.: Spontaneous pneumothorax a retrospective review of aetiology-pathogenesis and management. En: K. Atassi et al.: Intensive Care Medicine 12: 335, 1986.

Recibido: 20 de abril de 1988. Aprobado: 23 de mayo de 1988.

Dr. Fernando Fernández Reverón. Hospital Militar Central "Carlos J. Finlay", avenida 41 y 114, Marianao, Habana 11500, Cuba.