

Quilotórax bilateral y linfoma simultáneo en dos varones: presentación de dos casos

Bilateral chylothorax and simultaneous lymphoma in two male patients: report of two cases

Dra. Karina Armas Moredo;^I Dra. Yamilet Santos Herrera;^I Dr. Orlando E. Olivera Morán;^I Dr. Miguel Emilio García Rodríguez;^{II} Dr. Bárbaro Agustín Armas Pérez^I

Hospital Universitario Amalia Simoni. Camagüey, Cuba.
Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Fundamento: el quilotórax es una enfermedad grave, más aún si es bilateral y de causa maligna, pero tiene tratamiento y el enfermo puede estabilizarse.

Objetivo: presentar dos pacientes de interés médico y demostrar que puede esperarse buena respuesta al tratamiento.

Casos Clínicos: se presentaron dos enfermos portadores de quilotórax bilateral y linfoma, ambos varones, atendidos en el hospital de forma simultánea; se realizaron los exámenes complementarios diagnósticos. El diagnóstico en ambos resultó linfoma no Hodgkin y Hodgkin respectivamente, fueron tratados con dieta, se restringieron las grasas; tratamiento oncoespecífico y toracocentesis repetidas en ambos hemitórax. El primero, mejorado del derrame bilateral y síntomas inicialmente, fallece a los 11 meses por no control de su enfermedad base. El segundo, estable de ambas afecciones a los 18 meses, en ambos casos el quilotórax se compensó y no fue necesario repetir drenaje. Se hacen análisis comparativo con otros reportes sobre todo cuando el linfoma es la causa etiológica, la conducta adoptada concuerda con otros estudios actuales.

Conclusiones: los enfermos mejoraron del quilotórax bilateral, uno no estabilizó su enfermedad de base y murió, mientras el otro está asintomático. Puede obtenerse buena respuesta terapéutica.

DeCS: QUILOTÓRAX/diagnóstico; LINFOMA; DERRAME PLEURAL; MASCULINO; ESTUDIOS DE CASOS

ABSTRACT

Background: chylothorax is a serious disease, even more if it is bilateral and of a malignant cause; but it has treatment and the patient's condition may be stable.

Objective: to present two patients of medical interest and prove that a good response from the treatment may be expected.

Clinical cases: two male patients with bilateral chylothorax and lymphoma were simultaneously attended at the hospital. Complementary diagnostic tests were made. The diagnosis of both patients turned out to be non-Hodgkin's and Hodgkin's lymphomas respectively. They were put on a diet in which fat was cut; the oncospecific treatment and repeated thoracentesis were applied in both hemithoraxes. The first patient, after getting better from the bilateral effusion and initial symptoms, passed away 11 months later for not controlling the base disease. The second patient presented a stable condition of both complaints 18 months later. In both cases chylotorax was eased and it was not necessary to repeat the drainage. Analyses compared to other reports are made mainly when the lymphoma is the etiological cause; the adopted conduct coincides with other current studies.

Conclusions: the patients got better from bilateral chylothorax; one of them did not get a stable condition of his base disease and died and the second one is asymptomatic. A good therapeutic response may be obtained.

DeCS: CHYLOTHORAX/diagnosis; LYMPHOMA; PLEURAL EFUSION; MALE; CASE STUDIES.

INTRODUCCIÓN

El quilotórax (Q) es el derrame pleural de color blanco lechoso con elevado contenido en triglicéridos producido por lesión traumática o neoplásica, la mayoría de las veces linfoma (L) que afecta el conducto torácico (CT). Debe diferenciarse del derrame quiliforme o pseudoquiloso, parecido pero con triglicéridos bajos y colesterol elevado, cuya causa se relaciona a la liberación de colesterol desde los eritrocitos y neutrófilos lisados en derrames de larga evolución con absorción bloqueada por el engrosamiento pleural. El Q es infrecuente y secundario a lesión, obstrucción o compresión extrínseca del CT o alguna de sus ramas. Se produce escape de quilo casi siempre del lado derecho porque transita en su mayor extensión por ese lado, cercano a la columna vertebral. Su ligadura experimental no lo produce. El quilotórax bilateral (QB) es menos frecuente aún.¹⁻⁴

Son diversas sus causas: neoplásicas, traumáticas, idiopáticas y misceláneas u otras. Entre las primeras, son frecuentes los L y los tumores metastásicos, se ha asociado a la enfermedad de Castleman. Las traumáticas por lesión torácica y posoperatoria y entre las misceláneas son diversas, incluso un fuerte "golpe" de tos, vómitos o el trabajo de parto en un bebé.³⁻⁶ El tratamiento médico se instaura de inicio, aún en casos de trauma posoperatorio; consiste en un tubo de drenaje a frasco o colector sin aspiración o más reciente, se prefiere un catéter valvular que hacer punciones repetidas); nutrición parenteral total (ácidos grasos de cadena media) evitar triglicéridos de cadena larga y soporte inmunológico. En dos a tres semanas suele cesar el escape; es importante conocer y tratar la causa.

Se recomienda la somatostatina 0,1 mg subcutáneo cada ocho horas o su análogo sintético octreótide de 0,1 a 0,4 mg subcutáneo cada ocho horas, también octreótide de lenta liberación en ampollitas de 20 mg intramuscular cada 21 días. Se ha utilizado la heparina, etilefrina, un simpaticomimético que contrae el músculo liso del CT o conductillos y tiende a disminuir el débito en la producción de quilo.⁷⁻¹⁰ La somatostatina, la reportó por vez primera en Q Ulibarri, et al, en 1990 según reporte de Senosiain Lalastra, et al.¹¹ Utilizada si no hay respuesta a la terapéutica inicial según Neveuc Rodrigo, et al,¹² y Gómez-Caro, et al;¹³ el tratamiento quirúrgico está indicado si no hay mejoría o existe deterioro inmunológico y nutricional. Es difícil encontrar el CT aún con el tórax abierto, si no se logra, se aconseja ligar todo lo que ocupa el surco entre aorta y esófago. Otros hablan de aspirar, lavar, mirar con atención y si sale quilo, clipear o ligar. El shunt pleuroperitoneal interno o externo se ha utilizado; pero ante el fracaso del tratamiento conservador es mandatorio la toracotomía abierta o video asistido.^{7,10,12}

CASOS CLÍNICOS

Caso 1: paciente JGA, de 69 años de edad, blanco, masculino, residente en el reparto Lenin, Camagüey, ingresó en el servicio de Medicina en noviembre del 2011 con astenia y disnea. Se diagnosticó derrame pleural derecho, que se evacuó y se egresó. Reingresó días después en Neumotisiología con cuadro similar pero ahora en ambos hemitórax. Mediante punción pleural se llega a diagnóstico al extraer líquido lechoso denso de color blanco amarillento, en ambas cavidades. (Figura 1)

Figura 1. Quilo, cerca de un litro, evacuado tras una punción del hemitórax derecho.



En total se extrajo en ocho oportunidades unos siete litros siempre con abundante contenido en triglicéridos. Se estudió con exámenes de laboratorio, rayos x de tórax posteroanterior (PA), ([figura 2](#)) ultrasonidos frecuentes y dos tomografías axial computarizadas (TAC) donde aparecen gruesas adenopatías en mediastino, periaórticas y a posteriori en retroperitono, (estudios no conservados). Se diagnosticó por medulograma y biopsia de médula como L no Hodgkin. El QB

finalmente se controló, pero apareció incremento tumoral en cavidad abdominal y falleció a los 11 meses. Sin embargo, desde el punto de vista pleural mantuvo buena evolución clínica y radiológica. ([Figura 3](#))

Figura 2. Se aprecia quilotórax izquierdo después de evacuar la cavidad derecha



Figura 3. Al final de su enfermedad,
evidente mejoría radiológica



Caso 2: paciente FPA de 54 años, blanco, masculino procedente del municipio Sierra de Cubitas; ingresó en igual fecha que el anterior con derrame pleural bilateral, se evacuaron unos seis litros de iguales características en siete ocasiones por toracocentésis en ambos lados, se comprobó QB con abundante contenido de triglicéridos. Se realizaron exámenes de laboratorio, varios rayos x de tórax, ultrasonidos frecuentes y TAC simple de tórax inicial que reflejaron indistintamente derrame de moderada cuantía sobretodo en hemitórax derecho con colapso del lóbulo inferior, pleuritis apical bilateral sin otras alteraciones del parénquima pero con adenopatías mediastinales. ([Figura 4](#))

Figura 4. QB, colapso pulmonar más evidente en Hemitórax derecho y adenopatías mediastinales



El último rayos x de tórax evolutivo fue prácticamente normal. ([Figura 5](#))

Figura 5. Rayos X de tórax PA
prácticamente normal



De inicio, se hizo biopsia de ganglio cervical izquierdo e informan un L tipo Hodgkin. En 18 meses de tratamiento médico con quimioterapia y seguimiento por Hematología, hubo desaparición del fluido pleural, buena evolución clínica, aumento de peso y estabilidad de ambas enfermedades.

DISCUSIÓN

En España, Piedra León, et al,³ reportaron 15 Q en 12 años, de ellos ocho varones y edad media de 46, 8 años. Sobresalen las causas traumáticas posoperatorias, las misceláneas y tres casos por cáncer, (dos L y un carcinoma pulmonar). Predominó el lado izquierdo, cuatro pacientes fueron QB, dos asociados a ascitis quilosa. El tratamiento fue conservador en ocho pacientes. En siete hubo que efectuar proceder quirúrgico, cinco por toracotomía donde predominó la ligadura/sutura del CT y la pleurodesis con talco o tisuacril, un paciente recibió decorticación pleural. En las traumáticas predominan las posoperatorias, se menciona siempre la cirugía cardiovascular y esofágica, pero aquí fue la pulmonar, un enfermo con tiroidectomía

por bocio endotorácico más cáncer; en cuatro se hizo linfadenectomía mediastinal que es un factor de riesgo a considerar.

Gutiérrez Macías, et al,⁶ describieron QB en una mujer de 63 años con linfangitis carcinomatosa pulmonar sin primario demostrado, la evolución fue adversa y señalan como más frecuente al L no Hodgkin. El paciente fue tratado con drenaje pleural bilateral, octreótide y nutrición parenteral. Señalan que el 3 % de los derrames pleurales es por quilo y que la cifra de triglicéridos está por encima de 110 mg/dL con el colesterol menor de 1 mg/dL.

Cerdán Santa Cruz, et al,¹⁴ reportaron un paciente de 46 años, con fístula precoz post-tiroidectomía total y linfadenectomía cervical izquierda y Q de alto gasto que se le colocó catéter percutáneo translumbar ayudado por TAC directamente a la cisterna, en la cercanía de la fístula en el CT e instilación de fibrina como esclerosante. Refirieron que esto ocurre del 2-15 % de los casos.

Sirvent Ochando, et al,¹⁵ presentaron un enfermo que después de metastasectomía hepática hace Q derecho, que necesitó nutrición parenteral, drenaje de cavidad que totalizó nueve litros y octreótide cada ocho horas subcutáneo, se suspendió por rechazo al fármaco, sin embargo resolvió y aseguraron que este producto disminuye las secreciones gástro-bilio-pancreáticas y la producción de quilo; señalaron así mismo la controversia sobre la nutrición parenteral de inicio o dieta.

Mechan Méndez, et al,¹⁶ reportaron en 2011 un enfermo de 50 años con QB por L no Hodgkinfolicular a células grandes y pequeñas, que tras cinco meses de tratamiento médico está sin síntomas. Se revisaron otros estudios coincidentes sobre el mismo tema.¹⁷⁻¹⁹

Narita, et al,²⁰ presentaron un enfermo con QB asociado a lupus eritematoso sistémico. Con relación a los traumáticos, se asocia a cirugía radical de cuello por cáncer tiroideo.²¹⁻²³

Shah, et al,²⁴ en tres hospitales de Pittsburgh y en 12 años analizaron 892 esofagectomías con 34 Q y señalaron que aparece entre el 1-9 % más en hombres y que incrementa la morbimortalidad. Mencionan junto a otros, la ligadura profiláctica del CT y la embolización. Hay reportes incluso, después de cirugía abdominal.²⁵⁻²⁷ Se describen casos infrecuentes y persistentes aún con tratamiento

adecuado después de neumonectomía como señala Tsubokawa, et al,²⁸ tratados con toracoscopía sin éxito o después de linfangioleiomiomatosis como reportan Tavera-Da Silva, et al. ²⁹ Aunque raro, se ha visto Q con aumento también del colesterol ³⁰ y un caso asociado al bacilo ácido-resistente. Se reportó fracaso de la videotoracoscopía para tratar algunos pacientes.^{31,32}

Longolet, en 1663 refiere la primera herida/lesión del CT por antigua herida de arma de fuego y Dienenbroeck la segunda en 1685, según señala Kirshner.⁵ El sistema linfático es una red de capilares y vasos distribuidos por el organismo, que convergen en el tórax a una estructura única, el CT, que drena a la circulación venosa a nivel de la vena subclavia izquierda. El quilo contiene la linfa, fluido compuesto por líquido tisular, proteínas, grasas no solubles (ácidos grasos de cadena larga y colesterol) absorbido a nivel intestinal y linfocitos provenientes de ganglios y órganos linfáticos; su flujo normal alcanza de dos a cuatro litros diarios.
5,10,12

Reportes recientes como Milla Collado, et al,³³ y Ryu, et al,³⁴ hablaron de los quilomicrones de triglicéridos y colesterol no esterificados en el contenido del quilo, además de vitaminas liposolubles y el predominio de los linfocitos T, además aceptan la embolización terapéutica a través del CT.

Su trayecto es extrapleural, al emerger a través del hiatus aórtico delante de la columna, asciende por el surco entre la aorta y el segmento torácico del esófago; a su derecha discurre la vena ácigo hasta la altura de la cuarta vertebra dorsal, a nivel de la bifurcación traqueal. En la porción torácica superior el CT se coloca entre las arterias carótida primitiva izquierda y subclavia de ese lado y asciende en forma de cayado a diversa altura, en ocasiones hasta la 5ta a 6ta vértebra cervical para desembocar en el ángulo formado por la vena subclavia y yugular interna. Puede existir lesión y escape de quilo en el posoperatorio de algunos tipos de cirugía abdominal, torácica y en disecciones cervicales. ³⁵ Por transitar el CT extrapleural luego del trauma, se escapa el quilo que queda atrapado en un bolsón o quiloma y entre dos a 10 días se abre a pleura. ^{5,33}

CONCLUSIONES

Se revisaron las bases anatomofisiológicas del Q, sus causas y diagnóstico donde sobresale la obtención de un derrame lechoso, denso y de color blanco amarillento con alto contenido en triglicéridos. En los dos enfermos con QB por L, la conducta adoptada fue correcta y actualizada. Se debe señalar que estos pacientes pueden mejorar y estabilizar el derrame pleural siempre que la enfermedad de base sea controlada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Light RW. Trastornos mediastínicos y pleurales. En: Beer MH, Porter RS, Jones TV, Kaplan JL, Berkwitz M, editores. El Manual Merck de Diagnóstico y Tratamiento. 11 na ed. Madrid: Elsevier, 2007. p. 528-33.
2. Losso LC, Chefter MC. Penetrating thoracic trauma. En: Patterson GA, Cooper JD, Deslauriers J, Lerut A, Luketich JD, Rice TW, editors. Pearson's Thoracic & Esophageal Surgery. 3 ra ed. London: Churchill Livingstone; 2008. p. 1777-86.
3. Piedra León I, Ruiz Martín J, Sevilla López S, Alkourdi Díaz A, Hernández Alarz F, Bayarri Lara CI, et al. Tratamiento quirúrgico del Quilotórax. Rev Esp Pat Quir 2010;22(1):90-6.
4. Light RW. Pleural Effusions. Med Clin N Am. 2011;95:1055-70.
5. Kirschner M. Tratado de técnica operatoria general y especial. T 4. 2da ed. Barcelona: Editorial Labor S.A.; 1944. p. 922-4.
6. Gutiérrez Macías A, Lizarralde Palacios E, Merino Múgica JM, Cabeza García S, Martínez Odríozaola P, Miguel de la Villa F. Quilotórax bilateral en un caso de adenocarcinoma metastásico primario desconocido. Anales de Med Int. 2006;23(4):176-8.
7. Nair SK, Petko M, Hayward M. Aetiology and management of chylothorax in adults. Eur J Cardio-thoracic Sur. 2007;32:362-9.
8. Barili F, Polvani G, Topkara VK, Dainese L, Roberto M, Aljaber E, et al. Administration of octreotide for management of postoperative high-flow chylothorax. Ann Vasc Surg. 2007;21(1):9-2.
9. Machado Del Carvallo J, Suen Marquez V, Marchini Sergio J. Is oral nutrition therapy effective for the treatment of chylothorax? A case report. Nutrition. 2008;24:607-09.
10. Díaz Nueva G. Derrames pleurales quilosos (quilotórax y pseudoquilotórax). En: Pérez Rodríguez E, Villena Garrido MV, editores. Enfermedades de la pleura. Monografías NEUMOMADRID. 1ra ed. Madrid: Ergón; 2003. p.157-64.

11. Senosianin Lalastra C, Martínez González J, Mesomero Gismero F, Moreira Vicente V. Ascitis quilosa posquirúrgica en un adulto tratado con Octreótide. *Gastroenterología y Hepatología*. 2012;35(8):567-71.
12. Neveuc Rodrigo P, Fernández Reyes R, Buchcholtz Frías M, González Vigo M, Rodríguez Tavera J, Trujillo Rojo C, et al. Manejo conservador de la fístula quilosa postoperatoria con somatostatina. *Rev Chil de Cir*. 2006;58(3):219-23.
13. Gómez Caro A, Marrón Fernández C, Moradiellos Diez FJ, Díaz Hellin V, Pérez Antón JA, Martín de Nicolás JL. Tratamiento conservador con octreótido del quilotórax postquirúrgico. *Arch Bronconeumol*. 2004;40(10):473-5.
14. Cerdán Santa Cruz C, Idelfonso Martín JA, Santos Martín E, Méndez Montero JV, Torres García AJ. Embolización por vía percutánea de fístula del conducto torácico cervical. *Cir Esp*. 2011;89(5):325-7.
15. Sirvent Ochando M, López Villodre P, Martínez Segui MJ. Soporte nutricional y tratamiento con octreótido del quilotórax. *Nutr Hosp*. 2010;25(1):113-9.
16. Mechán Méndez V, Morón Jorge J, Salas Mesa A, Cevallos Nieto P, Llanos Caldera F, Rojas Olmedo L, et al. Quilotórax bilateral asociado a linfoma no Hodgkin, folicular: génesis del quilotórax. *Acta Méd Peruana*. 2011;28(2):82-6
17. Cortés Téllez A, Sandoval R. Presentación no habitual del Linfoma Folicular. *Arch Bronconeumol*. 2011;47(1):56-7.
18. Skouras V, Kalomenidis I. Chylotorax. Diagnostic approach. *Curr Opin Pulm Med*. 2010;16:387-93.
19. Janjetovic S, Janning M, Daukeva L, Bokemeyer C, Fiedler W. Chylothorax in a patient with Hodgkin´s lymphoma: a case report and review of the literature. *Tumori*. 2013;99:e96-9.
20. Narita Y, Naoki K, Hida N, Okamoto H, Kunikane H, Omori T, et al. Case of bilateral chylothorax with systemic lupus erythematosus complicated by steroid-/immunosuppressant chylothorax with systemic lupus erythematosus complicated by steroid-/immunosuppressant-resistant pleural effusion. *Nihon Kokyuki Gakkai Zasshi*. 2008;46(2):120-5.
21. Prabhu V, Passant C. Left-sided neck dissection and chylothorax: a rare complication and its management. *J Laryngol Otol*. 2012;126(6):648-50.
22. Han C, Guo L, Wang KJ, Zhao JQ. Bilateral chylothorax following neck dissection for thyroid cancer. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2009;38(10):1119-22.
23. Bae JS, Song BJ, Kim MR, Park WC, Kim JS, Jung SS. Bilateral chylothoraces without chyle leakage after left-sided neck dissection for thyroid cancer: report of two cases. *Surg Today*. 2007;37(8):652-5.

24. Shah RD, Luketich JD, Schuchert MJ, Christie NA, Pennathur A, Landreneau RJ, et al. Quilotórax post esofagectomía. *Ann Thorac Surg.* 2012;93:897-904.
25. Cagol M, Ruol A, Castoro C, Alfieri R, Michieletto S, Ancona E. Prophylactic thoracic duct mass ligation prevents chylothorax after transthoracic esophagectomy for cancer. *World J Surg.* 2009;33:1684-6.
26. Itkin M, Kucharczuk JC, Kwak A, Trerotola SO, Kaiser LR. Nonoperative thoracic duct embolization for traumatic thoracic duct leak: experience in 109 patients. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2010;139:584-9.
27. Griffo S, De Luca G, Stassano R. Chylothorax after abdominal surgery. *Gen Thorac Cardiovasc Surg.* 2010;58(3):159-62.
28. Tsubokawa N, Hamai Y, Hihara J, Emi M, Miyata Y, Okada M. Laparoscopic thoracic duct clipping for persistent chylothorax after extrapleural pneumonectomy. *Ann Thorac Surg.* 2012;93(5):e131-2.
29. Tavera-DaSilva A, Hathaway O, Stylianou M, Moss J. Changes en lung function and chylou effusions in patients with lymphangioliomyomatosis treated with sirolimus. *J Ann Intern Med.* 2011;154(12):797-805.
30. Huggins JT. Chylothorax and cholesterol pleural effusion. *Semin Respir Crit Care Med.* 2010;31(6):743-50.
31. Ananthan VS, Siva KK. A rare case of acid-fast bacilli in chylothorax. *Lung India.* 2012;29(2):166-8.
32. Honquero Martínez AF, Arnau Obrer A, Pérez Alfonso D, Estors Guerrero M, Cortés Alcaide CM, Cantó Armangod A. Bilateral chylotorax after delivery: an infrecuent case treated with videothoracoscopic talc pleurodesis. *Cir Esp.* 2006;80(6):400-2.
33. Milla Collado L, Jarabo Sarceda JR, Cal Vázquez I, Calatayud Gastardi J. Quilotórax. En: Guijarro Jorge R, González Aragonese F, Sebastián Quetglás F, editores. *Manual de urgencias en cirugía torácica.* SECT. 1ra ed. Madrid: Adare Internacional; 2012. p. 133-35.
34. Ryu JH, Tomassetti S, Maldonado F. Undate on uncommon pleural effusions. *Respirology.* 2011;16(2):238-43.
35. Zárata Moreno FA, Oms Bernad LM, Mato Ruíz R, Balaguer del Ojo C, Sala Pedrós J, Campillo Alonso F. Eficacia del Octreótido en el tratamiento de la fístula quilosa asociada a enfermedades pancreáticas. *Cir Esp.* 2013;91(4):237-42.

Recibido: 25 de diciembre de 2013

Aprobado: 24 de enero de 2014

Dra. Karina Armas Moredo. Especialista de I Grado Neumotisiología. Profesora Instructora. Hospital Amalia Simoni. Camagüey, Cuba. Email: akarina@finlay.cmw.sld.cu