

Carteles Zoquipan 2018

Autor / Co-Autores	Hospital	Teléfonos:	e-mail:
RENE GUADALUPE REGALADO VILLASEÑOR	Hospital General de Occidente		REVR900905HJCGLN02
LILIAN FLORES LOPEZ	Hospital General de Occidente	6861496951	FOLL270591MBCLPL00
DAVID PEÑA MENA	Hospital General de Occidente	3318620694	PEMD840721HGRXNV03

CASO CLINICO : 2020 / 0008

Titulo:

Manejo Conservador en un Paciente con Quilotórax Traumático; Reporte de un caso.

Tipo de trabajo:

CASO CLINICO

Introducción:

El quilotórax se define como la presencia de líquido linfático en el espacio pleural. Descrito por primera vez por Pisek1 en 1917. El quilo tiene apariencia lechosa por presencia de quilomicrones, es un líquido no inflamatorio, alcalino y bacteriostático que está compuesto principalmente por triglicéridos, colesterol, electrolitos, proteínas, glucosa y abundantes linfocitos. Se clasifica como no traumático y traumático. Puede llevar a complicaciones metabólicas, nutricionales e inmunológicas. Ocurre como resultado de una lesión del conducto torácico posterior a cirugía cardiotorácica, colocación de catéteres subclavios, armas penetrantes y anomalías del conducto linfático.

El sistema linfático tiene varias funciones como: transportar lípidos, proteínas liposolubles, recolectar exceso de líquido de los espacios intersticiales y regresar los linfocitos a la circulación. Una alteración del flujo de la linfa, ya sea por alteración de la génesis, lesión u obstrucción de los vasos linfáticos, puede generar una fuga de quilo desde el conducto torácico. Otras causas pueden ser malformaciones congénitas del sistema linfático pulmonar o torácico, una cirugía mayor del cuello, obstrucción de la vena cava superior, malignidades mediastinales o pleurales y síndromes de Down, Turner o Noonan

La radiografía de tórax permite identificar el derrame pleural, el tamaño y la localización. La toracocentesis puede revelar la presencia de quilo mediante el análisis del líquido pleural, con la presencia de triglicéridos, proteínas, linfocitos, colesterol y quilomicrones

El tratamiento del quilotórax tiene como objetivo aliviar la afectación respiratoria ocasionada por la acumulación de líquido en el espacio pleural, mantener un estado nutricional adecuado y disminuir la producción de quilo. Los seis principios básicos del manejo del quilotórax son: drenaje inicial, modificaciones dietarias con triglicéridos de cadena media o nutrición parenteral total, somatostatina o análogos sintéticos como octreótide. En caso de quilotórax refractarios está indicada la ligadura del conducto torácico, pleurodesis o shunt pleuroperitoneal

Objetivos:

Presentar el manejo conservador en un paciente con Quilotorax traumatico de la UCIN del Hospital General de Occidente.

Material y Métodos:

Se presenta una lactante femenino, quien se encuentra hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales por Diagnóstico de Enfermedad de Hirschsprung y Sepsis nosocomial; quien requirió la colocacion de catéter venoso central subclavio izquierdo para manejo hemodinámico, que posterior a su retiro cursa con dificultad respiratoria progresiva e hipoventilación del hemitórax derecho. En la radiografía de tórax se observa radioopacidad homogénea total de hemitórax derecho, con desplazamiento de traquea y silueta cardiaca contralateral, con borramiento de ángulo costodiafragmático y cardiofrénico derecho. Se realiza toracocentesis, presentando liquido pleural de características lechosas, se reporta citoquímico con glucosa de 101mg/dl, Proteinas 178 mg/dl, Linfocitos 10-15x C, Triglicéridos

Carteles Zoquipan 2018

51mg/dl, pH 8, DHL 181mg/dl, Cultivos Negativos.

Su manejo inicial fue drenaje pleural, ayuno y NPT con disminución progresiva del gasto, por lo que se inicio alimentación enteral con fórmula especializada a base de triglicéridos de cadena media en un 55%. Al incrementarse el gasto por pleurostomía hasta 3 ml/kg/hora, se decide dejar nuevamente en ayuno, con nutrición parenteral y se agrega infusión de octreótide, con buena respuesta. Tras 3 semanas de tratamiento conservador el gasto es de 0.12 ml/kg/hr.

Resultados:

x

Conclusiones:

El Derrame pleural de nuestro paciente se identificó por una radiografía de tórax. Se realizó toracocentesis y se catalogó como Quilotórax por las características macroscópicas lechosas, que aunque los triglicéridos se reportaron de 51 mg/dl, su comportamiento fue como Quilotórax. Además que la otra causa de líquido pleural blanquecino, sería por fuga de NPT hacia la cavidad pleural, y al momento de la toracocentesis, la paciente no contaba con nutrición parenteral y la glucosa en el líquido se reporta de 101 mg/dl que el caso de NPT-tórax se reportaría mayor a 1000 mg/dl. Durante el manejo inicial, se observó un incremento en la producción del quilo al iniciar la alimentación con fórmula Progestimil, que contiene el 55% de triglicéridos de cadena media y el resto son de cadena larga. Por lo que nuevamente se deja en ayuno y se agrega octrotide; con buena respuesta. Al contar ya con un gasto pleural menor de 0.15 ml/kg/hr, se reinicio la alimentación enteral con triglicéridos de cadena media, por 2 semanas.

El Quilotórax es una causa poco frecuente de derrame pleural en pediatría, su incidencia en niños es desconocida. Su etiología es por alteraciones congénitas o adquiridas del conducto torácico. El diagnóstico se establece mediante el análisis del líquido pleural con la presencia de triglicéridos, colesterol y linfocitos; si existe duda diagnostica se puede realizar quilomicrones. Los principios del tratamiento son: drenaje pleural, modificaciones en la dieta (ayuno o dieta con triglicéridos de cadena media), disminuir el flujo esplácnico y quiloso con el uso de octreótide, prevenir y tratar las complicaciones (desequilibrio hidroelectrolítico, hipoalbuminemia, linfopenia, infección). Después de 4 semanas del manejo médico, si no hay respuesta, se debe considerar pleurodesis, drenaje pleuroperitoneal o ligadura del conducto por toracotomía. El pronóstico del quilotórax en los niños depende de la causa de disrupción del conducto torácico y las anomalías asociadas. En nuestro paciente el quilotórax fue por un trauma directo al conducto torácico por el antecedente de catéter venoso subclavio izquierdo; que respondió adecuadamente al manejo conservador después de 3 semanas de tratamiento sin complicaciones por el momento.