

*CASO CLÍNICO***QUILOTÓRAX NEONATAL. A PROPÓSITO DE UN CASO**

Ana Aguilera (\*), Antonino Cibella(\*\*), José Guevara(\*\*\*), Ana Rosario(\*\*\*\*)

Hospital Central "Dr. Luis Ortega" (HCLLO) Porlamar Edo. Nueva Esparta

**RESUMEN:** El quilotórax es una patología poco frecuente de la pleura, es la consecuencia de la acumulación de "quilo" o linfa procedente del conducto torácico hacia el espacio pleural. El quilotórax congénito es la principal causa de derrame pleural en el periodo neonatal. No se identifica una causa específica y puede poner en riesgo la vida del paciente, debe ser considerado como diagnóstico diferencial en cualquier recién nacido con problemas ventilatorios. Se reporta un caso de un neonato atendido en la unidad de neonatología del Hospital Luis Ortega de Porlamar, cabe resaltar que fue alimentado exclusivamente con leche materna.

**PALABRAS CLAVE:** Neonato, Dificultad Respiratoria, Quilotórax.

**SUMMARY:** Chylothorax is an unusual pathology of the pleura and is the result of the accumulation of chylo or lymph coming from the thoracic duct towards the pleural space.

The congenital chylothorax represents the main cause of pleural effusion during the neonatal period. A specific cause is not identified. It may endanger the patient's life and must be considered a differential diagnosis on any newborn with breathing problems.

A case of a neonate, attended at the Neonatal Unit of the "Luis Ortega" Hospital in Porlamar, has been reported. It is worth mentioning that such neonate was only fed on mother's milk.

**KEY WORDS:** Neonate, distress respiratory, chylothorax

**CASO CLÍNICO**

Se trata de neonato femenino, de 7 días de vida, quien ingresó al servicio de neonatología por presentar dificultad respiratoria, de dos días de evolución, evaluado por especialista y referido al Hospital Central Luis Ortega con los diagnósticos de neumonía bilateral con derrame pleural.

**Antecedente:**

Producto de madre de 22 años de edad, primigesta, con 38 semanas de edad gestacional. Obtenido por cesárea segmentaria, bajo anestesia peridural, por desproporción feto pélvica. Infección urinaria en el segundo trimestre del embarazo y leucorrea amarillenta en el tercer trimestre, tratada. Alimentación materna exclusiva.

Al examen físico de ingreso presentó, peso de 3600 gramos, talla 50 cm, frecuencia cardíaca de 140 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 54 por minuto. Buen estado general, sonrosada, llanto fuerte, succión vigorosa, tolerando vía oral, leve tiraje subcostal bilateral, discreta disminución de ruidos respiratorios en hemitórax derecho.

(\*) Pediatra adjunto Servicio Neonatal HCLLO

(\*\*) Neumólogo infantil HCLLO

(\*\*\*) Neonatólogo adjunto HCLLO

(\*\*\*\*) Residente Pediatría-Puericultura HCLLO

En la radiografía de tórax de ingreso se evidenció una imagen de radiopacidad de casi todo el campo pulmonar derecho, homogénea con borramiento de borde cardíaco y cúpula diafragmática correspondiente; velamiento parcial de campo pulmonar izquierdo, mediastino centrado.

Se inició manejo en incubadora con confort térmico, oxígeno por cámara cefálica, y antibióticoterapia (Cefotaxime, Claritromicina, Amikacina) previa toma de muestras para cultivo.

Ante las buenas condiciones generales del recién nacido, y exámenes paraclínicos sin criterios de infección (reactantes de la fase aguda) no compatibles con los hallazgos en la radiografía de tórax y por tanto con los diagnósticos iniciales de su ingreso; se planteó probable malformación congénita pulmonar como hipoplasia pulmonar, razón por la cual se solicitó tomografía axial computarizada de tórax.

Ante los hallazgos tomográficos de presencia de derrame pleural derecho moderado y leve en el campo pulmonar izquierdo, con áreas de consolidación e infiltrado alveolar bilateral, se procedió a realizar toracocentesis; obteniéndose 85cc de un líquido de aspecto "lechoso", y se colocó tubo de tórax en hemitórax derecho, drenando a trampa de agua, tomando muestra de líquido pleural para estudios (Gram, citoquímico Phadebact y cultivo), cuyos resultados fueron negativos; continuo drenando 200cc más de líquido pleural, con las mismas características macroscópicas, replanteándose el diagnóstico del caso a QUILOTORAX, solicitándose determinar en la muestra de líquido pleural amilasa y colesterol, los cuales fueron positivos (Colesterol 64,3mg/dl, Amilasa 45,9 UA/dl); así como pH 8, polimorfonucleares 2%, mononucleares 98%, glucosa 115%, proteínas 8.5%, LDH 60 U/L, sin bacterias.

Evoluciona satisfactoriamente, retirándose el drenaje torácico 7 días después, egresando en buenas condiciones clínicas. Es de hacer notar que en ningún momento ameritó soporte nutricional y que su alimentación se basó exclusivamente en leche materna.

## DISCUSIÓN

El quilotorax es la consecuencia del escape de quilo procedente del conducto torácico a la cavidad pleural. El quilo es un material líquido enriquecido con grasas secretadas por las células intestinales, recolectado y transportado por el conducto torácico a la circulación sistémica (1-4).

Esta entidad poco frecuente puede ser adquirida o congénita. El quilotorax adquirido está relacionado con traumatismos torácicos, otro grupo está ocasionado por cirugías torácicas, por tumores malignos intratorácicos

primarios o metastásicos, y entre las causas menos frecuentes son la linfoangiomas, las enfermedades pulmonares restrictivas, la trombosis del conducto o de la vena subclavia y la tuberculosis (5).

Mientras que el quilotorax congénito se considera la principal causa en el período neonatal, se asocia en forma importante con síndromes genéticos como Down, Norman y malformaciones congénitas (6). Entre éstas, el secuestro pulmonar extralobar, la linfogiomas o linfagiectasias, fístulas traqueoesofágicas en H.

Se presenta con una incidencia entre 1 en 10 000 a 15 000 nacimientos, es más frecuente en el sexo masculino con una proporción de 2:1, puede ser uni o bilateral, con mayor frecuencia en el lado derecho 53%, seguido del lado izquierdo (35%) y ocasionalmente bilateral (12%) (7).

El cuadro clínico generalmente se presenta como un síndrome de dificultad respiratoria de grado variable durante la primera semana de vida, también se ha reportado como una complicación quirúrgica de la reparación de la hernia diafragmática, de la fístula traqueoesofágica y de las anomalías cardíacas congénitas, usualmente se diagnostica por una radiografía de tórax por cambio en el estado respiratorio. Para el diagnóstico definitivo debe hacerse una toracocentesis (8,9).

El tratamiento del quilotorax puede requerir toracocentesis repetidas e incluso colocación de tubo de tórax para prevenir falla respiratoria (10-12). Una vez que se coloca el drenaje los niños son sometidos a fórmulas que contienen triglicéridos de cadena media más que de cadena larga, para así reducir el flujo linfático por el conducto torácico; además, generalmente deben mantenerse en dieta absoluta con nutrición parenteral, ya que la ingesta de proteínas y agua estimula el flujo linfático y así la reacumulación de quilo (13,14).

El pronóstico de los RN con quilotorax es bueno, la mayoría de los RN responden solamente a toracocentesis y las complicaciones comprenden pérdida de peso, malnutrición, hiponatremia y linfopenia (15,16).

Se concluye diagnóstico de quilotorax en este recién nacido por las características macroscópicas del líquido pleural (amarillo lechoso) y citoquímico que reveló linfocitosis, pH alcalino, proteínas, colesterol y amilasas aumentadas, así como ausencia de bacterias y se presenta el caso por su baja prevalencia, así como por no ameritar Nutrición Parenteral con triglicéridos de cadena media.

**REFERENCIAS**

1. Chervenak F A, Iacson G, Blakemore K J, Fetal cystic hygroma cause and natural history. *N Engl, J Med* 1983; 309:822
2. Arena Ansotegui J, Rey A, Albisu J. Quilotórax espontáneo neonatal. A propósito de cinco observaciones. *An Esp Pediatr* 1984;20:49-54.
3. Van Straaten HLM, Gerards LJ, Krdiet TH. Chylothorax in the neonatal period. *Eur J Pediatr* 1993; 152:2-5.
4. Guzmán T F, Morales G D, Reyes P J, Guzmán O, Quilotórax asociado a adenocarcinoma de pulmón presentación de un caso. *Rev Venez Oncol* 2001; 13 (2):66-72
5. González de Dios J, García Martín B, Burgueros M, García Guereta L. Quilotórax congénito y quilotórax postoperatorio en el período neonatal. *An Esp Pediatr* 1992; 36:109-114.
6. Marts BC, Naunheim KS, Fiore AC, Pennigton DG. Conservative versus surgical management of chylothorax. *Am J Surg* 1992; 64:535-535.
7. Chernick V, Reed M H, Pneumothorax and chylotorax in the neonatal period, *J Pediatr.* 1970; 76:624
8. Brodman R F. Congenital chylothorax: Recomendations for treatment. *N.Y, State J Med* 1975; 75:553
9. Harrisson MB. The fetus as a patient. Surgical considerations. *Ann Surg* 1991; 213:279-291.
10. Pjiers L, Reuss A, Stewart P, Wlaimdimiroff J. Noninvasive management of isolated bilateral fetal hydrothorax. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 161:330-332
11. Jernite M, Donato L, Favre R. Traitement medical de 1 empachement chyleux du nouveau-né. A propos de 3 cas. *Arch Fr Pediatr* 1992; 49:911-814.
12. Robinson CL. The management of chylothorax. *Ann Torac Surg* 1985;39:90-95.
13. Rojas AR, Basile N, Gutierrez B, Suarez M. Quilotorax Bilateral congénito: su manejo es un gran reto. *Arch Venez Puer Pediat* 2002;65(2):56
14. Alvarez M, Carrillo H, Inojosa A, Sánchez T. Quilotorax en un lactante presentación de un caso. *Arch Venez Puer Pediat* 2003;66 (3):46
15. Mussat P, Dommergues M, Parat S, Gamarra E., Dumez, Y., Moriette G. Congenital chylothorax with hydrops: postnatal care and outcome following antenatal diagnosis. *Acta Paediatr* 1995; 84:749-755.
16. Puntis JW, Roberts KD, Handy D. How should chylothorax be managed? *Arch Dis Child* 1987; 62:593-596.