

## Quilotórax congénito. Presentación de un caso en Villa Clara

### **Autores:**

#### **Dra. Lil Katia Rodríguez Díaz**

Especialista en primer grado en medicina general integral y neonatología. Hospital Gineco-obstétrico Universitario Mariana Grajales. Correo: lilkatia.rodriguez@nauta.cu Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1186-589X>

#### **Dra Seydis Chaviano Rodríguez**

Especialista en primer grado en Medicina General Integral y Neonatología. Hospital Gineco-obstétrico Universitario Mariana Grajales. Correo: [seydis@infomed.sld.cu](mailto:seydis@infomed.sld.cu) Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3929-5355>

Villa Clara, Santa Clara

Hospital Gineco-obstétrico Universitario Mariana Grajales

### **Resumen**

Introducción: el quilotórax congénito es una rara condición respiratoria, sin embargo es la causa más frecuente de derrame pleural en recién nacidos vivos (65 %). Objetivo: presentar un caso de quilotórax congénito como causa infrecuente de distrés respiratorio en un recién nacido atendido en nuestro centro. Presentación del caso: paciente masculino, pretérmino y bajo peso extremo, que a los 6 días de vida presentó derrame pleural derecho que fue puncionado y el estudio del líquido drenado mostró características propias del quilotórax. Se le indicó tratamiento conservador (con alimentación parenteral completa: traximín sin aporte lipídico) y posteriormente con leche rica en ácidos grasos de cadenas corta y media. Requirió ventilación mecánica prolongada. Con una evolución satisfactoria, fue egresado del centro hospitalario. Conclusión: se debe pensar en la posibilidad diagnóstica de un quilotórax ante la aparición del derrame pleural en un recién nacido. Se logra la resolución de esta entidad a través del tratamiento conservador.

**Palabras Clave:** Quilotórax congénito, recién nacido prematuro, derrame pleural.

## Introducción

El quilotórax se define como la presencia de líquido linfático en el espacio pleural.<sup>(1)</sup> Es una rara condición respiratoria, sin embargo es la causa más frecuente de derrame pleural en recién nacidos vivos (65 %).<sup>(2-4)</sup> 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 y su acumulación en el espacio pleural, dando lugar a la aparición de quilotórax.

Dependiendo de su causa, el quilotórax se divide en dos grupos: traumático y no traumático. También se puede clasificar como quilotórax congénito o adquirido. La mayor parte de los quilotórax congénitos son idiopáticos, mientras que los adquiridos suelen presentarse como complicación de cualquier tipo de cirugía torácica, especialmente la cardíaca.

Los casos más habituales son de origen traumático. Según algunas series, la cirugía cardiorrespiratoria se encuentra en el origen del 65-80% de los derrames quilosos.<sup>(1)</sup>

La incidencia del quilotórax no está bien definida, producto del sub-diagnóstico durante el período perinatal (óbitos/natimuecos), pero se estima muy baja: 1 en 6000 a 10000 nacidos vivos.

A pesar de lo infrecuente de este proceso, la morbimortalidad es elevada, con consecuencias adversas respiratorias, nutricionales e inmunológicas.

El manejo del quilotórax es aún controversial, con resultados variables. Este es predominantemente conservador: soporte ventilatorio, drenaje, nutrición parenteral total y alimentación con triglicéridos de cadena media. Si falla el tratamiento conservador usualmente se requiere cirugía, la cual no está exenta de riesgos.

La somatostatina o su análogo sintético, el octreotide, han sido usados con éxito en el manejo de quilotórax post traumático tanto de pacientes pediátricos como adultos. Su mecanismo de acción es incierto pero parece reducir la producción de quilo disminuyendo el flujo linfático esplácnico.<sup>(5)</sup>

Se reporta el caso de un recién nacido pretérmino y bajo peso extremo, portador de quilotórax congénito, en quien se logra la resolución de la enfermedad con tratamiento conservador a través de la realización de toracocentesis, ventilación mecánica, alimentación parenteral total por 7 días y el reinicio de la vía oral con fórmulas enriquecidas con triglicéridos de cadena corta y media.

Presentación del caso:

Motivo de ingreso: bajo peso extremo y dificultad respiratoria

Se trata de recién nacido masculino, hijo de Tayluma Barrios Rodríguez, de 28 años de edad, residente en Santa Clara, con antecedentes patológicos familiares de madre hipertensa y padre sano, antecedentes patológicos personales de asma bronquial. Grupo y factor de la madre O positivo, isogrupo e isofactor con el recién nacido.

Historia obstétrica anterior: embarazos 2, abortos 1, partos 1 (actual)

Embarazo que cursó con infección vaginal en el primer trimestre, para lo cual llevó tratamiento con clotrimazol (óvulos) y realizó su control pre-natal en el policlínico Santa Clara.

Ingresa en el Hospital gineco-obstétrico universitario Mariana Grajales por riesgo de parto pre-término y se produce el nacimiento a las 26,2 semanas (28 de diciembre de 2019), por parto eutócico, con tiempo de rotura de membranas de 1 hora, líquido amniótico meconial, otorgándose un apgar 7/8 (normal). Peso al nacer de 950 gramos, talla de 36 cm, circunferencia torácica de 23 cm y cefálica de 26 cm.

Paciente que al nacer comienza con dificultad respiratoria dada por tiraje intercostal y supra-esternal, quejido audible sin estetoscopio y aleteo nasal, acompañado de desaturaciones al monitor por debajo del 80 %, correspondiendo con sepsis congénita (probada a *enterococcosis*), y fue llevado a la ventilación mecánica.

A los 6 días de vida se produce un deterioro clínico (a medida que se incrementó el aporte de la vía oral), en la exploración física se apreció una disminución del murmullo vesicular en hemitórax derecho. Se realizó radiografía de tórax que reveló un pulmón derecho velado, con borramiento del ángulo costo-frénico asociado a engrosamiento del espacio pleural ipsilateral, se realizó ultrasonido torácico confirmando la presencia de un derrame pleural derecho de mediana a gran cuantía, de alto grado; por lo que se ejecutó una toracocentesis (sin complicaciones) que reveló 5 ml de un líquido turbio, de color amarillo-lechoso que se mantuvo en drenaje hasta la posterior suspensión de la vía oral.

El análisis del líquido pleural mostró proteínas: 5.1 g/dl; glucosa: 92 mg/dl; LDH: 161 U/L; albúmina: 3.1 g/dl; con un recuento celular 2000 x mm<sup>3</sup> a predominio de mononucleares con lo que se confirmó el diagnóstico de equilotórax. Se comienza el tratamiento médico con alimentación parenteral total (se administró traximín, sin aporte lipídico endovenoso), durante 7 días, reiniciándose luego la vía oral con fórmulas enriquecidas en triglicéridos de cadena corta y media de forma

progresiva (Enfaport® de la firma Nestlé) e insertándose la leche materna a los 15 días del diagnóstico. Los controles radiológicos posteriores mostraron una remisión progresiva y rápida del derrame pleural derecho.

La ventilación mecánica fue prolongada hasta un término de 50 días, requirió varios esquemas de terapéutica antimicrobiana por episodios de sepsis adquirida, se transfundió en 2 ocasiones, además se manejó dentro del tratamiento médico el uso de fibrinógeno y la administración de intacglobín como inmuno-estimulante, se administró vitaminoterapia y eritropoyetina. Como complicación presentó displasia broncopulmonar moderada.

Egresó el día 2 de abril del 2020, con peso de 2570 gr.

## **Discusión**

El quilotórax es una patología amenazante para la vida del recién nacido, cuyo tratamiento debe iniciarse una vez diagnosticado.<sup>(6)</sup>

Después del nacimiento un drenaje linfático excesivo resulta en hipoalbuminemia, desbalance electrolítico, deterioro nutricional por pérdida de proteínas y grasas, alteraciones en coagulación que aumentan el riesgo de trombosis y embolismo, y deficiencias inmunológicas debido a la pérdida de linfocitos e inmunoglobulinas que hacen al paciente susceptible a infecciones.

La mortalidad y morbilidad de estos pacientes está aumentada, así como el tiempo de hospitalización. Se ha reportado una mortalidad hasta del 50%, siendo factores de pobre pronóstico: edad gestacional menor de 32 semanas al momento del diagnóstico, cariotipo anormal, anomalías congénitas adicionales e hidrops fetal.<sup>(5)</sup>

Existen dos alternativas: el tratamiento conservador y el quirúrgico. El primero consiste en administrar nutrición enteral con fórmula enriquecida con triglicéridos de cadena media, o la suspensión de la vía oral asociada a nutrición parenteral total con o sin administración de lípidos. Cuando el quilotórax es de gran volumen o no hay mejoría con el tratamiento conservador puede requerirse una intervención quirúrgica como ligadura del conducto torácico, embolización, pleurectomía o pleurodesis. En algunos pacientes se ha usado el octreótide como terapia adjunta en casos de quilotórax refractario, pero los reportes y series de casos pequeños no han expresado beneficios claros.<sup>(7,8)</sup>

La frecuencia de resolución espontánea es desconocida y la mayoría de casos se resuelven con manejo conservador, aunque el porcentaje de fracasos terapéuticos con este manejo puede llegar a ser hasta de 50%.<sup>(5)</sup>

En el caso presentado se logró un resultado satisfactorio con tratamiento conservador, sin necesidad del uso de octreótido o intervención quirúrgica; aunque tratándose de un recién nacido de alto riesgo, pre-término y bajo peso extremo, requirió una ventilación mecánica prolongada.

## Referencias bibliográficas

- 1) Antón-Pacheco Sánchez JL, Luna Paredes MC, Gimeno Díaz de Atauri A. Derrame pleural no paraneumónico, quilotórax, hemotórax y mediastinitis. *Protocdiagn ter pediatr.* [Internet]. 2017 [citado 25 Feb 2019];1:211-219. Disponible en: [https://www.google.com/url?esrc=s&q=&rct=j&sa=U&url=https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/13\\_derrame\\_pleural.pdf&ved=2ahUKEwiX9tqM8LLvAhUGyFkKHb5pDNoQFjAAegQICxAB&usg=AOvVaw00XVuABc9UGVuznQk8JVgg](https://www.google.com/url?esrc=s&q=&rct=j&sa=U&url=https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/13_derrame_pleural.pdf&ved=2ahUKEwiX9tqM8LLvAhUGyFkKHb5pDNoQFjAAegQICxAB&usg=AOvVaw00XVuABc9UGVuznQk8JVgg)
- 2) Lima Rodrigues AL, Tresoldi das Neves Romaneli M, Dario Ramos C, de Melo Alexandre Fraga A, Mendes Pereira R, Appenzeller S, Marini R, Tresoldi AT. Quilotórax bilateral espontâneoapôsvômitosexcessivoemcriança. *Rev Paul Pediatr* [Internet]. Dic 2016 [citado 4 Feb 2019];34(2):518-21. Disponible en: [http://ac.els-cdn.com/S0103058216300053/1-s2.0-S0103058216300053-main.pdf?\\_tid=b15d64ee-fc5e-11e6-9d1f-00000aacb35d&acdnat=1488139611\\_b9038fc7a2b01ce322a7797e0329d371](http://ac.els-cdn.com/S0103058216300053/1-s2.0-S0103058216300053-main.pdf?_tid=b15d64ee-fc5e-11e6-9d1f-00000aacb35d&acdnat=1488139611_b9038fc7a2b01ce322a7797e0329d371)
- 3) Tutor JD. Chylothorax in infants and children. *Pediatrics* [Internet]. Abr 2014 [citado 4 Feb 2019];133(4):722-33. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/133/4/722.full.pdf>
- 4) Fuentes MJ, Novoa J, Contreras I, Vega Briceño L. Quilotórax congénito: una causa rara de distres neonatal. Reporte de caso. *Neumol. pediátr* [Internet]. 2010 [citado 25 Feb 2019];5(2):104-8. Disponible en: <http://www.neumologia-pediatria.cl/PDF/201052/201052.pdf>
- 5) Rivera Abbiati F, Medina Alva P, Silva Tica E, Barrera Melgarejo E. Octreotide en el tratamiento del quilotórax congénito: a propósito de un caso. *RevPeruPediatr.* [Internet]. Enero-abril 2006; [citado 25 Feb 2019]; 42-45 Disponible en: <https://www.google.com/url?esrc=s&q=&rct=j&sa=U&url=http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/rpp/v59n1/pdf/a07.pdf&ved=2ahUKEwiBg-Tq8bLvAhUwwFkKHVxiDSAQFjAAegQIAxAB&usg=AOvVaw1QCYxVoPzoDP9drA7VV48I>
- 6) Barba-Robles A, Ordóñez-Gutiérrez E, Jiménez-Urueta P, et al. Quilotórax congénito idiopático. *Acta PediatrMex* [Internet]. 2009, [citado 24 Feb 2019];

30 (1):7-10. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=26132>

- 7) Christofe N, Ximenes C. Incidence and Treatment of Chylothorax in Children Undergoing Corrective Surgery for Congenital Heart Diseases. Braz. J. Cardiovasc. Surg. [Internet]. 2017, [citado 24 Feb 2019]; 32(5):390-3. Disponible en: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-76382017000500390&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-76382017000500390&script=sci_arttext)
- 8) Church J, Antunez A, Dean A, et al. Evidence-based management of chylothorax in infants. Journal of Pediatric Surgery, [Internet]. 2017 [citado 24 Feb 2019]; 52:907-912 Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022346817301598>