



XIX CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA INTERNA GENERAL 2011

Area de interés: Neumonología _____

Autor responsable: Dra Alico Milagros _____

Dirección: Av Córdoba 3933 _____

e-mail: milagros.alico@gmail.com _____

Áreas de Interés

- 1- CARDIOLOGIA
- 2- DERMATOLOGIA
- 3- DOLOR Y ANALGESIA
- 4- EDUCACION MEDICA / RESIDENCIAS MEDICAS
- 5- ENDOCRINOLOGIA / METABOLISMO / NUTRICION
- 6- EPIDEMIOLOGIA CLINICA
- 7- FARMACOLOGIA / TERAPEUTICA / TOXICOLOGIA
- 8- GASTROENTEROLOGIA
- 9- GERONTOLOGIA
- 10- HEMATOLOGIA
- 11- HEPATOLOGIA
- 12- HIPERTENSION ARTERIAL
- 13- INFECTOLOGIA
- 14- INFORMATICA MEDICA
- 15- NEFROLOGIA
- 16- NEUMONOLOGIA
- 17- NEUROLOGIA
- 18- ONCOLOGIA
- 19- REUMATOLOGIA
- 20- SISTEMAS DE ATENCION MEDICA

QUILOTORAX NO TRAUMÁTICO: CRITERIO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO INICIAL

Autores: Alico M, Crespo Arizmendi M, Karl A, Schejtman A, del Río P
Servicio de Clínica Médica. Fundación Sanatorio Güemes. CABA

Introducción: El quilotorax (QT) no traumático es una entidad infrecuente. El diagnóstico definitivo depende del estudio bioquímico del líquido pleural ya que sólo el 50% de los QT son opalescentes y deben ser diferenciados del pseudoquilotorax. El resto de los QT, pueden ser de aspecto seroso, sanguinolento, amarillo, o hemorrágico. El mecanismo es la obstrucción del conducto torácico causada la mayor parte de las veces por metástasis o linfoma no Hodgkin. Presentamos un caso típico de nuestra experiencia.

Caso clínico: Mujer, 45 años que consulta por disnea progresiva que evoluciona a clase IV, trepopnea izquierda y dorsalgia de 7 días de evolución. Además refiere hiporexia y pérdida de 10 kg en los últimos seis meses. Antecedentes de diabetes tipo 2 no insulino requirente, anemia crónica y depresión. Examen físico: adenopatías cervicales, derrame pleural izquierdo. Rx. tórax: hemitórax izquierdo opaco. Laboratorio: Hto 31%, Hb 9,6 g/dL, leucocitos $10.300/\text{mm}^3$, NS 75%, L 15%, VCM 82 fl, HCM 26 pg, CHCM 31 g/dL, colesterolemia 165 mg/dL, proteinemia 6,4 g/dL. EAB (FiO₂ 0,21): pH 7,45, PaCO₂ 33 mmHg, PaO₂ 67 mmHg. Serología para HIV no reactivo, beta 2 microglobulina 4 mg/L, Proteína C Reactiva 60 mg/L, ERS 53 mm. Toracocentesis: se obtiene dos litros de líquido blanquecino, opalescente; citoquímico: leucocitos $4.400/\text{mm}^3$, predominio mononucleares. pH 7,41, LDH 299 U/L, proteínas 4,1 g/dL, glucosa 151 mg/dL, colesterol 111 mg/dL, triglicéridos 953 mg/dL, quilomicrones: positivo. Tomografía axial computada (TAC) de cuello y tórax: imágenes ganglionares submandibulares, laterocervicales y adenopatías axilares izquierdas; derrame pleural izquierdo masivo. TAC de abdomen y pelvis: ganglios para aórticos izquierdos, conglomerado ganglionar en retroperitoneo. Anatomía patológica de adenopatía axilar izquierda: Linfoma de bajo grado de células B folicular. Se decide realizar tratamiento conservador: suspensión de ingesta oral, nutrición parenteral total, tubo de avenamiento pleural. El débito pleural inicial fue de 1500ml/d que fue de 600ml al tercer día; por débito escaso al octavo día se retira tubo pleural. Inicia tratamiento con R-CHOP.

Comentario: El diagnóstico de quilotorax requiere la presencia de quilomicrones (Sudan III) en el líquido pleural o el criterio bioquímico con triglicéridos $> 110\text{mg/dL}$ y colesterol $< 200\text{mg/dL}$. Los niveles de LDH son bajos y con linfocitos predominantes. Respecto a la etiología, la TAC de tórax y abdomen es el estudio de elección. El tratamiento conservador inicial consiste en el manejo nutricional del paciente por vía parenteral, el aporte de triglicéridos de cadena corta a la dieta y el avenamiento pleural del quilotorax.

Sede de SAMIG : Paraguay 2535 PB "A" - Ciudad de Buenos Aires.
Horario: lunes a jueves de 13 hs a 17 hs y viernes de 8 hs a 12 hs.
TE (5411) 4964-4005 - Mail: samig@pccp.com.ar