

Quilotórax traumático en el niño

L. Donizeti da Silva Stracieri, E.L. da Cunha, R.Oliveira Cardoso dos Santos, O. Fêres, J.I. de Andrade

Unidad de Emergencia del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto, Universidad de San Pablo, Ribeirão Preto, San Pablo, Brasil

Resumen

Se relata el caso de una niña de cuatro años víctima de un politraumatismo por maltrato familiar. Ingresó con un trauma craneoencefálico y renal; dos días después se constata un hemotórax, el que se drena. Al cuarto día, coincidiendo con la realimentación

oral se comprobó la presencia de un quilotórax. El tratamiento fue conservador, con drenaje torácico y el uso de dieta con triglicéridos de cadena media. Seis días después hubo una resolución completa del quilotórax. La terapéutica frente a esta afección puede ser clínica o quirúrgica. Cerca del 50% de los casos como en el descripto son tratados con éxito en forma conservadora. La opción quirúrgica se reserva para aquellas situaciones de falla del tratamiento clínico realizado por los menos durante 4 a 6 semanas. Encontramos sólo dos casos citados en la literatura de quilotórax traumático por apaleamiento.

Palabras clave: Quilotórax -Apaleamiento - Trauma

Summary

We discuss the case of a four-year-old battered girl admitted with head and renal blunt trauma. Two days later she develops a hemothorax drained. Upon resuming oral feeding chylous liquid was identified in the chest tube drainage. Management was conservative with continuous drainage and medium chain triglycerides diet until complete resolution six days later.

Management of traumatic chylothorax can be either medical or surgical. Almost 50% of cases yield to conservative measures. Surgery is indicated after at least four to six weeks of failed medical therapy. The literature of traumatic chylothorax in battered children is scant.

Index words: chylothorax, battered child, trauma

Resumo

Relata-se o caso de uma menina de 4 anos vítima de politraumatismo por maltrato familiar. Deu entrada com trauma crânioencefálico e renal; dois dias depois constata-se um hemotórax que foi drenado. No quarto dia, coincidindo com a realimentação por via

oral, comprovou-se a presença de um quilotórax. O tratamento foi conservador, com drenagem torácica e o uso de dieta com triglicéridos de cadeia média. Seis dias depois houve resolução completa do quilotórax. A terapêutica frente a esta afecção pode ser clínica ou cirúrgica. Cerca de 50% dos casos como o descrito, são tratados com sucesso de forma conservadora. A opção cirúrgica reserva-se para os casos em que há falha do tratamento clínico pelo menos por 4 a 6 semanas. Encontramos somente dois casos na literatura de quilotórax por agressão.

Palavras chave: Quilotórax - Agressão - Trauma.

Introducción

El quilotórax por definición es la presencia de fluido linfático en el espacio pleural, resultante de una lesión del conducto torácico o de una de sus ramas mayores. Esta entidad ha sido reconocida principalmente luego de cirugías cardíacas o torácicas. Las formas congénitas o aquellas resultantes de un trauma no quirúrgico son menos frecuentes. El quilotórax produce alteraciones respiratorias significativas y compromiso del estado nutricional e inmunológico¹.

Presentación del caso

Una niña blanca de cuatro años, ingresa al Hospital de Clínicas de Ribeirão Preto, víctima de un politraumatismo ocurrido 7 horas antes, por malos tratos por parte del padre. Presenta regular estado general, bien hidratada, con taquipnea (36/min), taquicardia (160/min), normotensa, con nivel de conciencia alterado (Glasgow 8) y anisocoria. El examen físico inicial del tórax y el abdomen fue normal. Luego de la evaluación inicial (según normas del ATLS) la paciente fue intubada. La hemoglobina era de 8,2 g/dl. La tomografía computarizada cerebral diagnosticó una pequeña hemorragia ventricular izquierda y lesión del riñón ipsilateral. Todas las lesiones fueron tratadas en forma conservadora. La radiografía de tórax realizada dos días después por cambios en la semiología pulmonar, mostró un gran derrame pleural con desviación del mediastino. Se realizó el drenaje con la evacuación de 300 ml de líquido sanguinolento. Cuarenta y ocho horas después, al realimentar al paciente, comenzó a salir contenido lechoso por el drenaje torácico. El análisis bioquímico reveló colesterol de 55 mg/dl y triglicéridos de 605 mg/dl. La citología mostró los siguientes resultados: 70% de linfocitos maduros, 20% de monocitos, pocos macrófagos y neutrófilos (10%). Con el diagnóstico de quilotórax, se mantuvo un tratamiento conservador, manteniendo el drenaje realizado previamente y la administración oral de dieta con triglicéridos de cadena media. El quilotórax se resolvió luego de seis días, retirándose el tubo de drenaje. La niña recibió el alta hospitalaria luego de 15 días de internación sin secuelas de sus traumas renal y craneoencefálico.

Discusión

El diagnóstico de quilotórax es poco frecuente y se lo sospecha por la presencia de líquido lechoso obtenido del espacio pleural por toracocentesis o drenaje torácico. Se lo confirma por la presencia en la microscopía de grasa libre o su dosaje superior a los niveles plasmáticos: un dosaje de triglicéridos superior a 110mg/100ml es patognomónico. La relación colesterol/triglicéridos menor a 1 refuerza asimismo el diagnóstico. El líquido inicial puede ser sanguinolento y posteriormente lechoso cuando comienza a alimentarse por vía oral. En este paciente, el dosaje de triglicéridos (605 mg/dl), la relación colesterol/triglicéridos (0,09) y la presencia de linfocitos maduros comprobaron la sospecha diagnóstica.

Las causas de quilotórax son varias, siendo clasificadas en traumáticas y no traumáticas. La conducta terapéutica puede ser según el caso clínica o quirúrgica. Entre los tratamientos se incluyen los de la patología de base, cambios dietéticos, el drenaje pleural o procedimientos quirúrgicos. El tratamiento conservador consiste en un drenaje torácico eficiente, con buena expansión pulmonar y una adecuada nutrición, dado que la pérdida de grasas, muchas veces lleva a un rápido cuadro de desnutrición. El soporte nutricional se puede hacer por vía parenteral o con una dieta oral con triglicéridos de cadena media, que disminuye la formación de linfa². Cerca del 50% de los casos se resuelven con estas opciones terapéuticas. Los restantes necesitan tratamiento quirúrgico, el que se indica luego de fracasado el tratamiento clínico, de por lo menos dos semanas³. Dentro de las opciones, la ligadura del conducto torácico es la más empleada.

La terapéutica adoptada en este paciente fue conservadora, consistiendo en el drenaje torácico y la administración oral de triglicéridos de cadena media (Portagen®), con lo que se resolvió el quilotórax en 6 días.

Fueron publicados sólo dos casos de quilotórax en niños apaleados^{4,5}. La discrepancia entre las evidencias clínicas de la lesión y acontecimientos mal explicados sobre el evento traumático y el retraso familiar en la búsqueda del tratamiento, debe llevar al médico a la sospecha de apaleamiento como etiología de la afección⁶.

Bibliografía

1. Joseph I. Miller, Jr: Chylotorax and anatomy of the thoracic duct. In thomas W. Shields (de): General Thoracic Surgery, chap 58, Third edition. Philadelphia, USA, Lea & Febiger, 1989, pp 625-632.
2. Telander RL; Mir C.R.: Acquired lesions of the lung and pleura. In Aschcraft K. W., Holder T.M. (eds): Pediatric Surgery, chap 18, Second edition. Philadelphia, USA, WB Saunders, 1995, pp 188-203.
3. Marts B.C., Naunhleim K.S., Fiore A.C. et al. Conservative versus surgical management of chylotorax. *Am J Surg.* 164:532-535, 1992.
4. Green, H.G.: Child abuse presenting as chulothorax. *Pediatrics* 66:620-621, 1980.
5. Guleserian K.J., Gilchrist B.F., Lucks F.L et al. Childe abuse as a cause of traumatic chylotorax. *J Pediatr Surg* 31: 1696-1697, 1996.
6. O'Neill J.A., Jr: Child abuse. In Welch K.J, Randolph J.G., Ravitch M.M. (eds): *Pediatric Surgery*, chap 14. Chicago, IL, USA, Year Book Medical Publishers, 1986, pp 138-143.

Trabajo presentado en el 3º Congreso del CIPESUR, Viña del Mar, Chile, 1998

Dr. L. Donizeti da Silva Stracieri
Rua Lafaiete 1222 Apto. 111
Ribeirão Preto SP
14015-080 São Paulo
Brasil