

QUILOTÓRAX CON CARACTERÍSTICAS DE TRASUDADO EN PACIENTE CON CIRROSIS HEPÁTICA AVANZADA

A. García Martínez^{1,2}, M.P. Lobato de la Sierra^{1,2}, L. Campos Gonzaga^{1,2}.

UGC Enfermedades Digestivas. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Cádiz.

UGC Neumología. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Cádiz.

RESUMEN

El quilotórax es una patología infrecuente e infradiagnosticada en la cirrosis hepática, que se caracteriza por la determinación de >110 mg/dl de triglicéridos o presencia de quilomicrones en el líquido pleural. Fisiopatológicamente aparece por cambios en el sistema linfático secundarios a la hipertensión portal. El tratamiento es principalmente conservador, aunque el TIPS podría ser una opción segura y útil en estos pacientes al actuar sobre la hemodinámica portal. Presentamos el caso de una paciente con esta entidad y que se manejó de forma conjunta entre Digestivo y Neumología.

Palabras clave: quilotórax; cirrosis hepática; toracocentesis; TIPS (derivación portosistémica intrahepática transyugular).

ABSTRACT

Chylothorax is an infrequent and underdiagnosed pathology in liver cirrhosis, characterized by the determination of >110 mg/dl of triglycerides or the presence of chylomicrons in the pleural fluid. Pathophysiologically, it appears due to changes in the lymphatic system secondary to portal hypertension. Treatment is mainly conservative, although TIPS could be a safe and useful option in these patients by acting on portal haemodynamics. We present the case of a patient with this entity and that was managed jointly between Digestive and Pulmonology.

Keywords: chylothorax; hepatic cirrhosis; thoracentesis; TIPS (transjugular intrahepatic portosystemic shunt).

INTRODUCCIÓN

El quilotórax (QTx) es una patología infrecuente cuyas causas principales son las traumáticas y neoplásicas, siendo poco conocida su asociación con la cirrosis hepática (1%)¹. En este último caso y secundariamente a la hipertensión portal, la tasa de formación de linfa excede a la capacidad de drenaje de los vasos linfáticos abdominales. Además, la mayor vulnerabilidad de los vasos de la cisterna del quilo y la coagulopatía de estos pacientes explicarían la aparición de ascitis quilosa. El desarrollo de QTx estaría en relación con la extravasación de la linfa desde la cavidad peritoneal a través de defectos diafragmáticos hacia el espacio pleural. No obstante, otras teorías postulan que esta extravasación provendría directamente desde el conducto torácico, cuya presión estaría aumentada por la hipertensión portal²⁻⁴.

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 68 años, con los antecedentes de asma, secuelas de poliomielitis y cirrosis hepática de origen criptogénico con hipertensión portal, Child-Pugh C10 y MELD 16, con múltiples descompensaciones en forma de ascitis e hidrotórax refractario (**Imágenes 1 y 2**), realizándose paracentesis y toracocentesis evacuadoras

de manera bimensuales, pendiente de evaluación para trasplante hepático o colocación de TIPS (derivación portosistémica intrahepática transyugular), en el Hospital Reina Sofía, de Córdoba.

Inicialmente se analizó el líquido ascítico, el cual presentaba un aspecto anaranjado turbio, sin elevación de polimorfonucleares que sugirieran peritonitis bacteriana espontánea, destacando una concentración de triglicéridos en el mismo de 118 mg/dl.

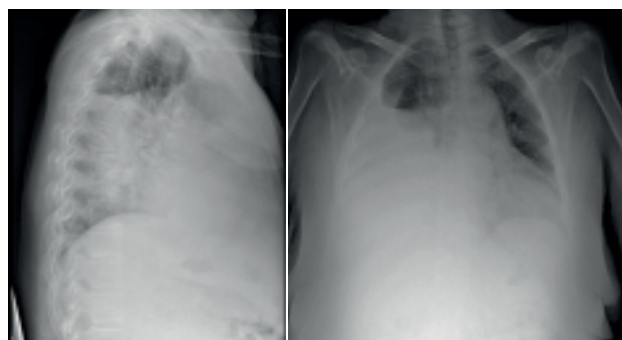


Imagen 1: Derrame pleural derecho submasivo.

Recibido: 12.03.2021 Aceptado: 15.08.2021

Dr. Alejandro García Martínez
alegama91@hotmail.com

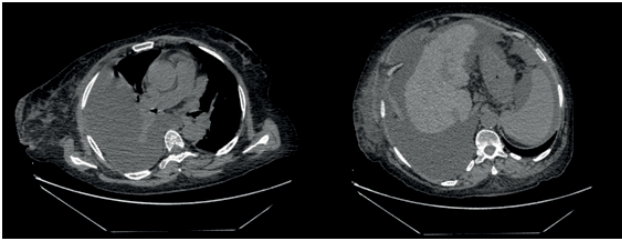


Imagen 2: A la izquierda se observa hidrotórax derecho. A la derecha hígado con signos de hepatopatía crónica, esplenomegalia y ascitis.

Posteriormente, durante una de las múltiples toracocentesis realizadas a la paciente de manera ambulatoria, se extrae por primera vez un líquido pleural turbio y de color lechoso, sin sedimento al centrifugado, por lo que ante este nuevo hallazgo se decide estudio del mismo. Los resultados de los análisis presentados en la Tabla 1 revelan un líquido compatible con trasudado donde destacan unos niveles de triglicéridos que ascienden a 176 mg/dl, confirmándose así el diagnóstico de quilotórax. Posteriormente se descartó traumatismo y cirugías previas, además de posible neoplasia concomitante.

Tabla 1: Análisis del líquido pleural.

Aspecto general	Turbio
Leucocitos	229 x 1/ μ l
Polimorfonucleares	24%
Mononucleares	76%
Glucosa	129 mg/dl
Proteínas	2.2 g/dl
pH	7.65
LDH	58 U/L
Triglicéridos	176 mg/dl
ADA	5.5 U/L
Cultivo microbiológico para bacterias y micobacterias	Negativo

La paciente precisa de ingreso hospitalario por mal control de la disnea y la ascitis pese a las medidas previamente aplicadas de forma ambulatoria. Durante el mismo, se manejó de forma conservadora, así como conjunta entre Digestivo y Neumología, mediante dieta y suplementos nutricionales bajos en grasa (Fortimel Jucy®), aceites de triglicéridos de cadena media (MCT) y octreótide. Tras comentar en sesión multidisciplinar

con centro trasplantador de referencia (Hospital Reina Sofía de Córdoba), se desestimó el trasplante hepático en relación con el estado avanzado de la enfermedad hepática (afectación general de la paciente, disfunción renal y desnutrición calórico-proteica grave) así como por la comorbilidad acompañante. Por tanto, se intenta proceder a la colocación del TIPS, precisando este último de angioTAC de abdomen y ecocardiografía. Por otra parte, se planteó la posibilidad de realización de manometría pleural con vistas a colocación de catéter tunelizado en lugar de toracocentesis periódicas. Sin embargo, la paciente termina falleciendo por evolución de la enfermedad hepática antes de finalizar el estudio del TIPS.

DISCUSIÓN

El líquido del QTx suele ser de aspecto lechoso, aunque en ocasiones puede ser seroso o sanguinolento, lo que justificaría, entre otras razones, su infradiagnóstico^{2,4}. Es inodoro y estéril, con predominio linfocitario y habitualmente de carácter exudativo según los criterios de Light, aunque se ha descrito la presencia de trasudado en un 32%, habitualmente secundarios a cirrosis hepática, síndrome nefrótico o insuficiencia cardíaca⁵. El diagnóstico se realiza con una determinación de triglicéridos >110 mg/dl (<50 mg/dl descartan el diagnóstico) o presencia de quilomicrones en el líquido pleural^{3,4}, hallazgos que encontramos en nuestro paciente.

No obstante, con frecuencia los derrames pleurales en los pacientes cirróticos no se evalúan, dado que se consideran secundarios a la misma extravasación del líquido ascítico, generado por la hipertensión portal⁴. Por tanto, la sospecha diagnóstica del QTx debe estar siempre en todos los pacientes con hepatopatía y derrame pleural asociado, dado que el manejo, si bien compartiría aspectos con el hidrotórax, tendría aspectos específicos a considerar.

El manejo del QTx relacionado con cirrosis hepática es principalmente conservador, basado en una dieta baja en grasas añadiendo triglicéridos de cadena media, nutrición parenteral, octreótide y somatostatina, diuréticos y toracocentesis repetidas³. Sin embargo, suelen ser recidivantes tras las toracocentesis, no siendo efectivas las pleurodesis con talco^{2,3}.

El TIPS es un procedimiento radiológico mínimamente invasivo que se realiza mediante angiografía y que crea un canal de baja resistencia entre la vena hepática y una rama intrahepática de la vena porta. Este canal se mantiene al desplegar un stent expandible a lo largo del mismo, permitiendo a la sangre retornar a la circulación venosa sistémica⁶. La finalidad con esta técnica es disminuir

venosa sistémica⁶. La finalidad con esta técnica es disminuir la presión portal y, en consecuencia, el flujo linfático gastrointestinal, lo que le haría útil y segura en el contexto de un quilotórax secundario a la cirrosis hepática^{3,7}. Previo a su implantación, se requiere de la realización de angioTAC de abdomen para descartar trombosis de la vena porta y ecocardiografía para valorar funciones cardíacas. Entre sus contraindicaciones absolutas destacan la insuficiencia cardíaca y la sepsis. Así mismo, de forma relativa la trombosis de la vena porta (dificulta el procedimiento, pero no lo impide) y la encefalopatía hepática⁶.

En pacientes en los que se desestimase esta opción terapéutica, se podría plantear la colocación de un catéter pleural tunelizado, disminuyendo así el riesgo de infección con respecto a la realización de toracocentesis de repetición. Las complicaciones potenciales asociadas a la colocación de éste en el quilotórax hepático son la hipotensión, insuficiencia renal, déficit nutricional e incremento de infecciones sistémicas secundarias a la pérdida de proteínas e inmunoglobulinas por el drenaje continuo. Si bien esto no es frecuente, ya que el drenaje se hace de forma intermitente y de pequeñas cantidades de líquido pleural en cada sesión⁸.

BIBLIOGRAFÍA

1. García J, Alemán C, Jáuregui A et al. Quilotórax en adultos. Revisión de la literatura a partir de una serie de 17 casos. Arch Bronconeumol. 2017; 53(7): 399-410.
2. Owen S, Bersabe D, Skabelund A et al. Transudative chylothorax from cirrhosis complicated by lung entrapment. Respiratory Medicine Case Reports. 2016; 28: 1-3.
3. Migaou A, Been Saad A, Baili H et al. Transudative chylothorax in liver cirrhosis: an underappreciated entity. Respir Med Case Rep. 2020 Jul 10; 31: 101151.
4. Egurrola-Izquierdo M, Esteban-González C, Ballaz-Quincoces A et al. Quilotórax en paciente con cirrosis hepática descompensada. Gac Med Bilbao. 2007; 104: 75-77.
5. Skouras V, Kalomenidis I. Chylotorax: diagnostic approach. Curr Opin Pulm Med. 2010; 16: 387-393.
6. Bajaj JS, Sanyal AJ, Collares FB. Overview of transjugular intrahepatic portosystemic shunts (TIPS). Waltham (MA): UpToDate; 2021 [acceso 3 de agosto de 2021]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
7. Vignaux O, Gouya H, Dousset B et al. Refractory Chylothorax in Hepatic Cirrhosis: Successful Treatment by Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt. Journal of Thoracic Imaging. 2002; 17: 233-236.
8. Cordovilla, R. Drenaje tunelizado para tratamiento ambulatorio de derrame pleural recidivante. Rev Patol Respir. 2013; 16(1): 62-64.