



# Endocrinología, Diabetes y Nutrición



## 294 - QUILOTÓRAX NO TRAUMÁTICO: REPORTE DE UN CASO

M.Z. Montero Benítez, C. Contreras Pascual, C. Montalbán Méndez, A. Moreno Tirado, P. González Lázaro, F. del Val Zaballós, A. Lomas Meneses, F.J. Gómez Alfonso e I. Gómez García

Endocrinología. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan.

### Resumen

**Introducción:** El quilotorax se define como la extravasación del líquido linfático hacia la cavidad pleural. La etiología del quilotorax se puede dividir en traumática y no traumática, siendo la yatrogenia y la patología neoplásica las más frecuentes. La mayor morbilidad se deriva de las alteraciones del estado nutricional con mortalidad hasta del 50%. El soporte nutricional debe instaurarse de manera precoz, siendo controvertido el tipo de soporte más conveniente y cuándo indicar cirugía.

**Caso clínico:** Varón de 68 años con cardiopatía isquémica crónica con disfunción del ventrículo derecho que ingresa por insuficiencia cardíaca (IC) descompensada con derrame pleural (DP) derecho asociado. A pesar de tratamiento deplectivo no se observa mejoría del DP, por lo que se realiza toracocentesis diagnóstica y evacuadora, objetivándose líquido pleural compatible con quilotorax: glucosa 179 mg/dL, proteínas 4,4 g/L, colesterol 60 mg/dL, triglicéridos 418 mg/dL. En la valoración nutricional inicial del paciente se midió peso de 88,5 kg, talla de 173 cm y gasto energético total de 1.800-2.000 kcal. Se opta por tratamiento conservador con dieta exenta de grasa, aceite MCT (triglicéridos de cadena media), módulo proteico, suplementos exentos de grasas y multivitamínico. El paciente presentó buena tolerancia, aunque no toleró el MCT por náuseas, pudiendo liberalizarse la dieta gradualmente. Perfil nutricional: albúmina 3,7 g/dL, colesterol total 71 mg/dL, triglicéridos 99 mg/dL, fósforo 2,4 mg/dL, iones en rango. Se completa estudio con TC objetivándose adenopatías retroperitoneales, quiste pancreático e hiperplasia adrenal bilateral. Se solicitó PET-TC y RM pancreática con colangio-RM sin evidencia de malignidad. Dada la resolución del quilotorax se decide alta y estudio de la hiperplasia suprarrenal de forma ambulatoria.

**Discusión:** La asociación de ICC y quilotorax es infrecuente en la práctica clínica habitual. La instauración de un soporte nutricional precoz en nuestro caso permitió la resolución completa del quilotorax sin repercusiones nutricionales.