

Imágenes en cirugía torácica

Quilopericardio en una paciente de 75 años



Chylopericardium in a 75 year-old patient

Daniel Vásquez Echeverri*, Laura Fernandez Arias, Maria Garcia Vieites, Victor Xesus Mosquera Rodriguez y Jose Joaquin Cuenca Castillo

Servicio de Cirugía Cardíaca, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España

Mujer de 75 años, con antecedente de linfoma no Hodgkin en remisión tratado con quimioterapia, consulta por disnea de esfuerzo de 7 días de evolución hasta hacerse de reposo. La TC de tórax evidencia derrame pleural severo de predominio derecho, así como trombosis de la vena cava superior y derrame pericárdico severo (fig. 1). Se coloca un tubo de tórax derecho, obteniéndose líquido de aspecto lechoso compatible con quilotórax. Se realiza una TC de control (fig. 1). El ecocardiograma (fig. 2) confirma el derrame pericárdico severo con signos de taponamiento cardíaco, por lo que

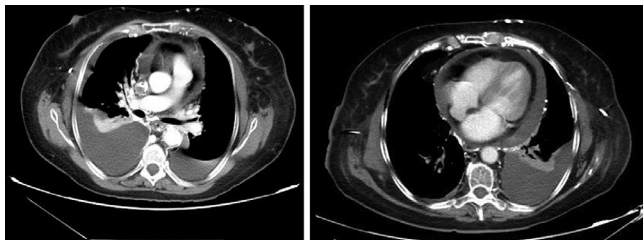


Figura 1. Izquierda: TC de tórax. Derrame pleural de predominio derecho, trombosis de la vena cava superior y derrame pericárdico severo. Derecha: TC de tórax de control.

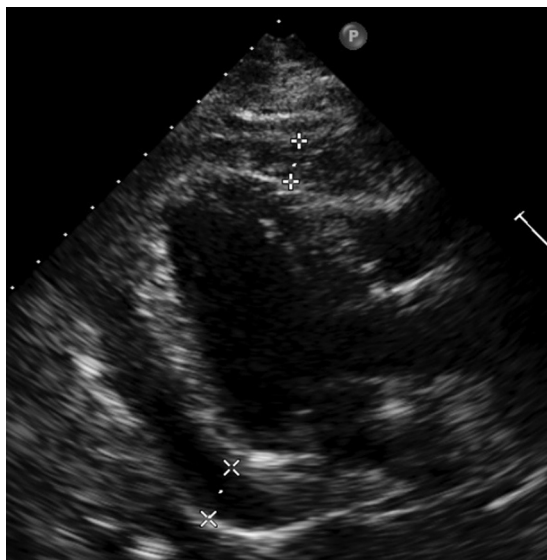


Figura 2. Ecocardiograma. Derrame pericárdico severo.

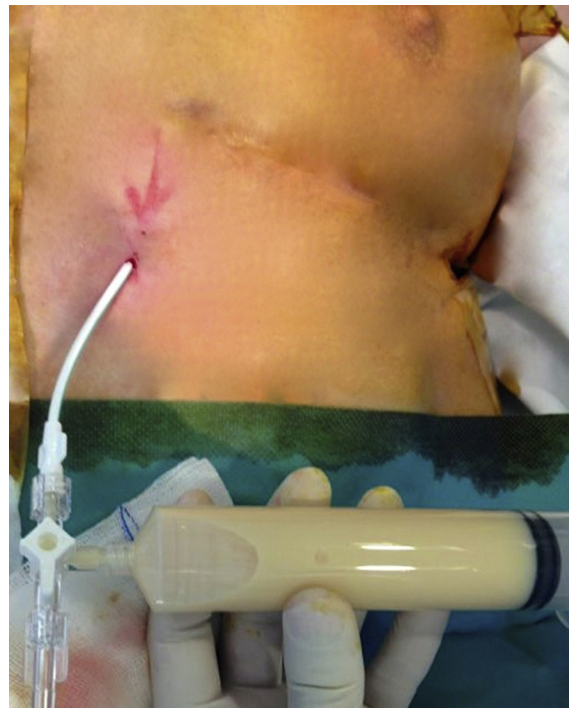


Figura 3. Pericardiocentesis por vía subxifoidea. Se obtienen 500 cc de líquido de aspecto lechoso.

se realiza pericardiocentesis (fig. 3), obteniendo 500 cc de líquido de aspecto lechoso y triglicéridos de 1.665 mg/dl compatible con quilopericardio.

El quilopericardio es un hallazgo raro, con una incidencia del 0,01-0,22%¹, asociado a neoplasias mediastínicas, higroma quístico, linfangioma congénito, traumatismos torácicos, trombosis de vena subclavia², cirugía cardíaca previa (especialmente en pacientes pediátricos) y, en general, cualquier enfermedad que produzca obstrucción del conducto torácico. Esto condiciona un aumento de presión intraluminal y una fuga de linfa al pericardio. El tratamiento suele ser el drenaje y la administración de análogos de somatostatina (octreótido), así como dieta con triglicéridos de cadena media por 3 a 6 semanas. En casos excepcionales, puede ser necesario ligar el conducto torácico.

Bibliografía

1. Ruz M, Guzman M, Gomez C, Betancur L. Quilopericardio secundario a cirugía cardiovascular. Rev Colomb Cardiol. 2010;17:191-4.
2. Cervantes-Salazar J, Calderon-Colmenero J, Ramirez-Marroquin S. Quilopericardio idiopático. A propósito de un caso. Rev Esp Cardiol. 2007;60:883-9.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Daniel.vasquez.e@gmail.com (D. Vásquez Echeverri).