

## CASO CLÍNICO

**Título:** Quilotórax de aspecto no quiloso, como forma de presentación de un Linfoma de células B.

**Autores:** Andrés Blanco A, Paredes Arranz C, Arroyo Domingo A, Sánchez Fernández A, Alonso Sastre E.

**Centro de trabajo:** Hospital Universitario P.del Río Hortega

### **ANTECEDENTES PERSONALES:**

Paciente de 54 años de edad con antecedentes familiares de carcinoma broncogénico. Exfumadora hace 5 años de 30 paquetes/años. Síndrome ansioso-depresivo en tratamiento con fluoxetina y risperdal.

### **ENFERMEDAD ACTUAL:**

Desde hace aproximadamente 6 meses refiere astenia creciente y en el último trimestre refiere también disnea progresiva hasta hacerse de medianos esfuerzos. No ha tenido fiebre, dolor torácico, pérdida de peso, tos ni expectoración. Es remitida al hospital por su médico para estudio de una imagen radiológica sugestiva de derrame pleural.

### **EXPLORACIÓN FÍSICA:**

TA: 140/86 FC: 84 T<sup>a</sup>:36,6°C SatO<sub>2</sub>:97%

CyC: No adenopatías.

Tórax: AC: Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos.

AP: disminución del murmullo vesicular en mitad inferior de hemitórax izquierdo con matidez a la percusión.

Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación. Sin masas ni organomegalias.

EII: No edemas ni signos de TVP. No acropaquias.

### **EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:**

-**SS:** leucocitos 5400 % $\mu$ l (N65%, L11,7%, M13,8%). Serie roja y plaquetas normales.

-**Bioquímica:** Glucosa, perfil renal, perfil hepático, perfil lipídico, proteínas, iones y LDH normales.

-**ECG:** RS a 70lpm con trazado normal.

-**Rx tórax:** Opacidad de densidad homogénea en 1/2 inferior de hemitórax izquierdo que se extiende a la cisura mayor y no ocasiona desplazamiento mediastínico sugestiva de derrame pleural.

-**Prueba de Mantoux:** negativa

-**Toracocentesis diagnóstica:** se obtienen 20cc de líquido pleural (LP) serofibrinoso turbio con un pH= 7.44, PT= 4.87, LDH= 487 U/I, glucosa= 106 mg/dl, ADA= 27 U/I, CEA negativo.

Leucos= 2300/mm<sup>3</sup> con 95% de mononucleares y 960 hematíes.

En resumen exudado de predominio linfocítico.

-Cultivo de LP para bacterias y micobacterias: negativo

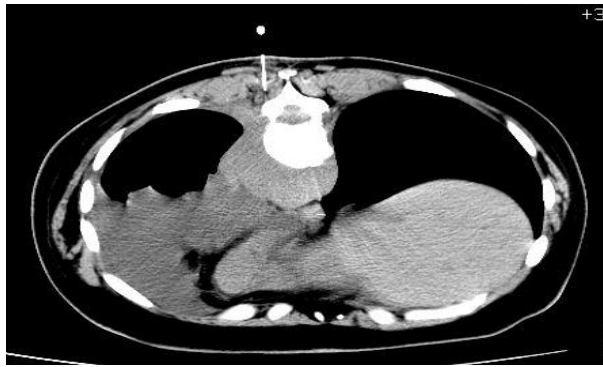
-Citología de LP: células mesoteliales sin atipias y linfocitos maduros.

-**Biopsia pleural:** hiperplasia mesotelial reactiva y pequeño grupo celular atípico entre las fibras musculares estriadas que no se tiñe con calretinina, lo que descarta la posibilidad de células mesoteliales.



-**Segunda toracocentesis:** Se obtienen 750cc de un LP de color anaranjado y turbio que corresponde a un exudado linfocítico. Se solicita ultracentrifugación y análisis de lípidos observándose en el tubo un sobrenadante de aspecto lechoso (foto1). El análisis de lipoproteínas en LP confirma la presencia de **quilomicrones** así como **triglicéridos=135mg/dl** y colesterol=77mg/dl. hallazgos diagnósticos de quilotórax.

-Citología LP: Numerosos linfocitos reactivos, mayoritariamente T.



-**TAC toraco-abdominal:** Derrame pleural izquierdo con atelectasia pasiva. No se observan adenopatías mediastínicas ni hiliares. No alteraciones parenquimatosas pulmonares. **Lesión de partes blandas** que ocupa el espacio **mediastínico retrocrural** y se realza tras la administración de contraste. Contacta con la aorta, cuerpos vertebrales y algún arco costal. No se aprecia destrucción ni remodelación ósea. Hígado de tamaño normal, vía biliar de calibre normal. Páncreas, bazo, suprarrenales y ambos riñones normales. No se evidencian adenopatías en retroperitoneo.

-**PAAF con control de TAC:** sugestiva de linfoma no Hodgkin B de bajo grado.

- **PAAF y biopsia de médula ósea:**

-*Aspirado:*No datos de infiltración por LNH. Citogenética: sin alteraciones cromosómicas ni estructurales. Citometría: No evidencia de infiltración.

-*Biopsia:* compatible con la normalidad

-**Fibrobroncoscopia:** normal

-**Videotoracoscopia:** Se realiza biopsia de masa mediastínica posterior donde se confirma el diagnóstico de linfoma de grandes células B.

Se deja tubo de drenaje por derrame pleural persistente.

**DIAGNOSTICO: LINFOMA MEDIASTINICO DE CÉLULAS B  
QUILOTÓRAX IZQUIERDO**

**EVOLUCIÓN:**

Tras la confirmación del diagnóstico etiológico se inició tratamiento quimioterápico según esquema CHOP-R 14, resolviéndose el quilotórax en unos días por lo que se procedió a la retirada del tubo y al alta hospitalaria.

En la actualidad la paciente está bien y sigue controles periódicos en el servicio de Hematología.

**DISCUSIÓN:**

El quilotórax es un derrame producido por la presencia de linfa en el espacio pleural y tiene un aspecto lechoso o turbio debido a su alto contenido en lípidos<sup>1</sup>. Se trata de una entidad poco común que puede ser secundaria a múltiples causas (traumatismo, yatrogenia, etc.), pero las más frecuentes son las neoplásicas y especialmente el linfoma<sup>2</sup>.

El diagnóstico suele ser fácil cuando el aspecto es **lechoso**, aunque haya que hacer diagnóstico diferencial con otras entidades como empiema y pseudoquilotórax<sup>3</sup>. Sin embargo; los derrames quilosos pueden presentarse con una apariencia turbia o serosanguinolenta hasta en un 50% de los casos<sup>4</sup> siendo mucho más difícil sospechar el diagnóstico en estas situaciones.

El diagnóstico de certeza de un quilotórax se basa en el **análisis lipídico del LP**. El primer escalón es la medición de triglicéridos, que es >110 mg/dL apoya el diagnóstico, si es < 50 mg/dL lo excluye razonablemente, y si se sitúa entre 50 y 110 mg/dL, debemos recurrir a la determinación de quilomicrones. Su presencia confirma el diagnóstico y además descarta un pseudoquilotórax<sup>5</sup>.

La particularidad de nuestro caso reside en la **ausencia de aspecto quiloso** del líquido, que lo convertía en un derrame inespecífico con la demora diagnóstica que ello conlleva. La turbidez del LP fue la única clave para la sospecha diagnóstica de quilotórax, tras descartar como primera posibilidad un derrame paraneumónico complicado (pH, glucosa y LDH normales).

Solicitar un lipidograma del LP nos condujo rápidamente al diagnóstico de quilotórax y nos permitió dirigir el estudio directamente a la búsqueda de la causa, en este caso mediante el TAC tóraco-abdominal y biopsia de médula ósea.

Conclusión: la posibilidad diagnóstica de quilotórax debería tenerse en cuenta en cualquier paciente con un derrame pleural turbio o serohemático, persistente o recurrente y de etiología incierta.

**BIBLIOGRAFIA:**

- 1.- Romero S. Nontraumatic chylothorax. Curr Opin Pulm Med 2000; 6:287-91.
- 2.- Doerr, CH, Allen, MS, Nichols FC, 3rd, Ryu, JH. Etiology of chylothorax in 203 patients. Mayo Clin Proc 2005; 80:867.
- 3.- Staats BA; Ellefson RD; Budahn LL; Dines DE; Prakash UB; Offord K SO. The lipoprotein profile of chylous and nonchylous pleural effusions Mayo Clin Proc 1980 Nov; 55 (11):700-4.
- 4.- Valentine, VG, Raffin, TA. The management of chylothorax. Chest 1992; 102:586
- 5.- Light RW. Pleural diseases. 4 th edition. Baltimore:Williams and Wilkins.2001.