

Quilopericardio idiopático. A propósito de un caso

Sr. Editor:

Un paciente varón de 14 años de edad presentó, un mes antes de su ingreso, disnea de grandes a medianos esfuerzos. En la exploración se observaron signos vitales normales, sin ingurgitación yugular ni pulso paradójico, ruidos cardiacos de intensidad baja, con frote pericárdico. En la analítica destaca una hemoglobina 18 g/dl, 6,4 leucocitos, con una glucosa 73 mg/dl, una creatinina de 1,1 mg/dl y proteína C reactiva de 62,2 mg/dl. El ecocardiograma mostró derrame pericárdico severo. Se realizó una ventana pericárdica, obteniéndose 1.100 ml de líquido lechoso, no fétido, dejándose sonda de drenaje. El cultivo del líquido fue negativo. El análisis citoquímico del líquido pericárdico mostró un colesterol de 88 mg/dl, triglicéridos 1.830 mg/dl, HDL de 334 U/l, proteínas 5,69 g/dl y albúmina 3,17 g/dl. La biopsia pericárdica puso de manifiesto cambios inflamatorios inespecíficos. Se estableció el diagnóstico de quilopericardio y se inició un tratamiento con dieta a base de ácidos grasos de

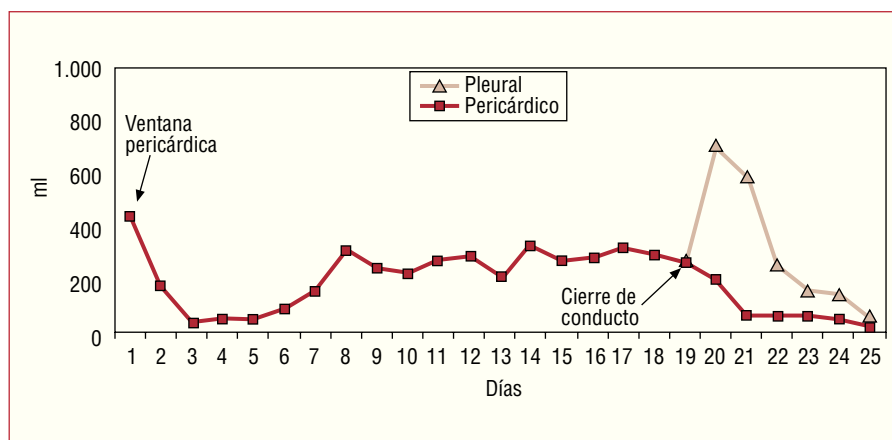


Fig. 1. Gasto a través de drenajes.

cadena media, sin lograr disminuir el gasto del drenaje (fig. 1). Esto motivó que se realizara una ligadura del conducto torácico a través de toracotomía posterolateral derecha al vigésimo día de la realización de la ventana pericárdica, con lo cual se logró disminuir al gasto de los drenajes, retirarlos al sexto día del postoperatorio y dar de alta al paciente al octavo día sin complicaciones. A los 10 meses de seguimiento no ha habido recurrencia.

El quilopericardio es una entidad patológica rara. Puede presentarse de forma primaria, la cual es poco frecuente, y secundaria, debida a procedimientos quirúrgicos, trombosis de la vena cava o subclavia, linfangiomas, neoplasias mediastinales, higromas quísticos y radiación, principalmente.

La primera descripción de la cual se tiene conocimiento es la de Hasebrock¹, que describió la presencia de 22,6 ml de quilo en la cavidad pericárdica al realizar una autopsia en un varón que había fallecido por asfixia secundaria a constricción y ulceración traqueal.

La entidad clínica de «quilopericardio primario» fue descrita por primera vez por Groves y Effler² en 1954. El caso que ellos describieron se asociaba con un higroma quístico del mediastino, por lo que, a nuestro juicio, creemos que no se puede considerar primario.

En el momento de la redacción del presente manuscrito se habían descrito en la literatura científica aproximadamente 61 casos, de los cuales 31 son considerados como primarios, el último de ellos fue publicado por Yoon et al¹ en 1993.

Explicar la fisiopatología del quilopericardio primario no es sencillo. Entre los factores que participan se encuentran la presencia de conexiones microscópicas entre el saco pericárdico y el conducto torácico, y la presencia de obstrucción distal que condiciona un aumento de la presión y una fuga de quilo al pericardio. Otros autores tratan de explicar la presencia de la entidad mediante la presencia de reflujo del quilo a través de válvulas incompetentes de los vasos linfáticos que, por alguna razón, vacían su contenido en el pericardio, o por la incapacidad de formación de nuevas colaterales que deberían dirigir el flujo linfático hasta las conexiones linfaticovenosas ya establecidas.

El diagnóstico se obtiene al analizar el líquido obtenido. La obtención de un líquido lechoso con presencia de grasa,

alto contenido de triglicéridos y proteínas, y elevada concentración de linfocitos confirma el diagnóstico de quilo.

El tratamiento de estos pacientes debe orientarse principalmente a prevenir el taponamiento cardiaco, evitar el compromiso metabólico, nutricional e inmunológico y eliminar la pérdida del líquido linfático con un tratamiento médico y/o quirúrgico. Mediante el tratamiento dietético a base de ácidos grasos de cadena media se logra disminuir las pérdidas de líquido quiloso y, en ocasiones, puede incluso eliminar por completo dicha pérdida. Sin embargo, no siempre se logra este objetivo, por lo que en estos casos habrá que considerar las modalidades quirúrgicas, entre las que se encuentran la pericardiectomía y la ligadura del conducto torácico abierta o por toracoscopia. Si estas opciones fallan, aun queda como posibilidad terapéutica la derivación pericardio-peritoneal con un sistema cerrado de Denver³.

El tratamiento definitivo del quilopericardio es, además de tratar la causa subyacente en los casos secundarios, la ligadura del conducto torácico. Las 2 formas de abordaje, toracoscopia y toracotomía abierta, proporcionan resultados similares, con la ventaja de la toracoscopia de su menor morbilidad y mejor recuperación postoperatoria.

Jorge L. Cervantes-Salazar, Juan E. Calderón-Colmenero y Samuel Ramírez-Marroquín

Servicio de Cirugía de Cardiopatías Congénitas.
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.
México D.F. México.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yoon YS, Shim WH, Cheng TS, Lee YS. Primary idiopathic chylopericardium: report of a case and review of the literature. *Yonsei Med J.* 1993;34:98-108.
2. Groves LK, Effler DB. Primary chylopericardium. *N Engl J Med.* 1954;250:520-3.
3. Barry BK, Murphy MC, Rodgers BM. Management of chylopericardium. *J Pediatr Surg.* 1990;25:1185-9.