

## QUILOTORAX SECUNDARIO A HERIDA PENETRANTE

Dr. René Burgos Burgoa,  
Dr. Jhonny Camacho Apaza  
Dr. Carlos Hugo Dorado Ferrufino

### RESUMEN

*Caso clínico de una paciente de 16 años de edad que ingresa al Servicio de Emergencia del Hospital Viedma con el antecedente de sufrir agresión física por arma blanca en hemitórax izquierdo. Durante su internación se realizó toracotomía mínima (pleurostomía) con salida de material lechoso; se toma muestra para laboratorio citoquímico reportando triglicéridos y colesterol elevados.*

*Se realiza toracotomía exploradora, donde se evidencia sección de conducto torácico a nivel de vértice de pulmón izquierdo. Se realizó ligadura proximal y distal. Evolución pos operatoria satisfactoria.*

### ABSTRACT

A case of a 16 years old female who entered to Emergency of Hospital Viedma with the antecedent of being injured by a knife on left thorax. During the internation a pleurostomy was done and we notified the presence of milky liquid, it was send it to pathology and reports high cholesterol and thriglycerids.

A thoracotomy shows thoracic duct section, a double ligature was done, and the evolution was satisfactory

**Palabras claves:** Quilotórax, conducto torácico, pleurostomía.

### INTRODUCCION

El quilotórax es una entidad que cursa con la acumulación de quilo en la cavidad pleural por

lesión o ruptura del conducto torácico. El quilo proviene de la absorción intestinal de los ácidos grasos de cadena larga, tiene la misma composición elctrolítica del suero, alto contenido de linfocitos y de ácidos grasos en el examen citoquímico del líquido quiloso.

La etiología del quilotórax:

- a) Neoplásicas como los linfomas
- b) Traumatismos quirúrgicos como en cirugías cardiovasculares.
- c) Congénitos en la linfagioleiomiomatosis.
- d) Traumáticos, en el caso de las heridas penetrantes tanto por arma blanca, como proyectil de arma de fuego.

El diagnóstico se debe sospechar ante la presencia de líquido pleural de aspecto lechoso, se confirmará mediante el estudio citoquímico del líquido pleural que revelará aumento de triglicéridos y colesterol.

El tratamiento es quirúrgico en aquellos casos que se sospeche de lesión de conducto torácico se realizará ligadura del segmento lesionado. Se optará por un tratamiento conservador o médico si la etiología es congénita o secundaria a un proceso neoplásico.

### CASO CLINICO

Paciente de sexo femenino de 16 años de edad procedente de Oruro, acude al Servicio de Emergencias del Hospital Viedma con cuadro clínico de 1 hora de evolución caracterizado por sufrir agresión física por arma blanca en región torácica

izquierda, presentando posteriormente dolor tipo opresivo a nivel torácico, acompañado de disnea de pequeños esfuerzos.

Al examen físico en regular estado general, consciente orientada con SV: FC: 100x' PA: 80/50 T: 36 C

Mucosas pálidas y húmedas.

A nivel torácico se observa herida de bordes netos de 2 cm de longitud en región subclavicular izquierda, tercio externo, que compromete planos profundos, a la auscultación murmullo vesicular disminuido en campo pulmonar izquierdo.

Resto del examen físico sin alteración patológica aparente.

Se realizan exámenes complementarios:  
Hemograma:

Leucocitosis con desviación a la izquierda  
Rayos X de tórax: Derrame pleural izquierdo

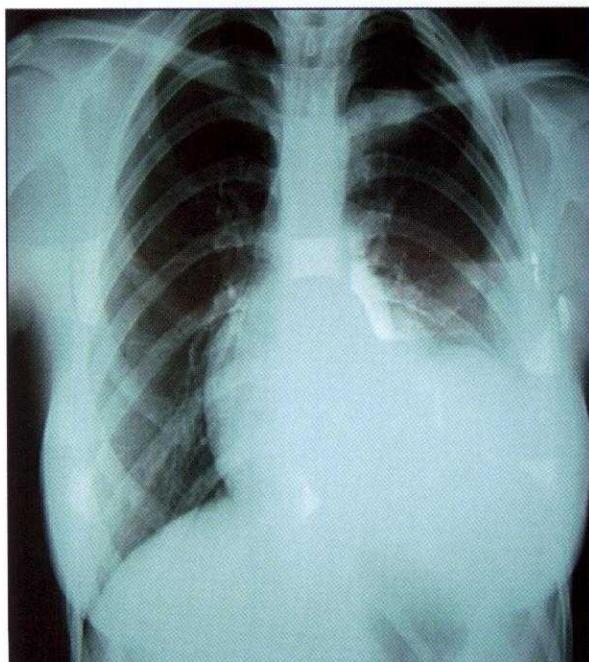


Figura 1: Se observa presencia de líquido en hemitórax izquierdo

Se realiza pleurostomía conectada a sello de agua obteniendo aprox. 1000 cc de contenido serohemático y lechoso. Se toma muestra para estudio citoquímico que reporta: Triglicéridos: 351 mg/dL y Colesterol: 160 mg/dL

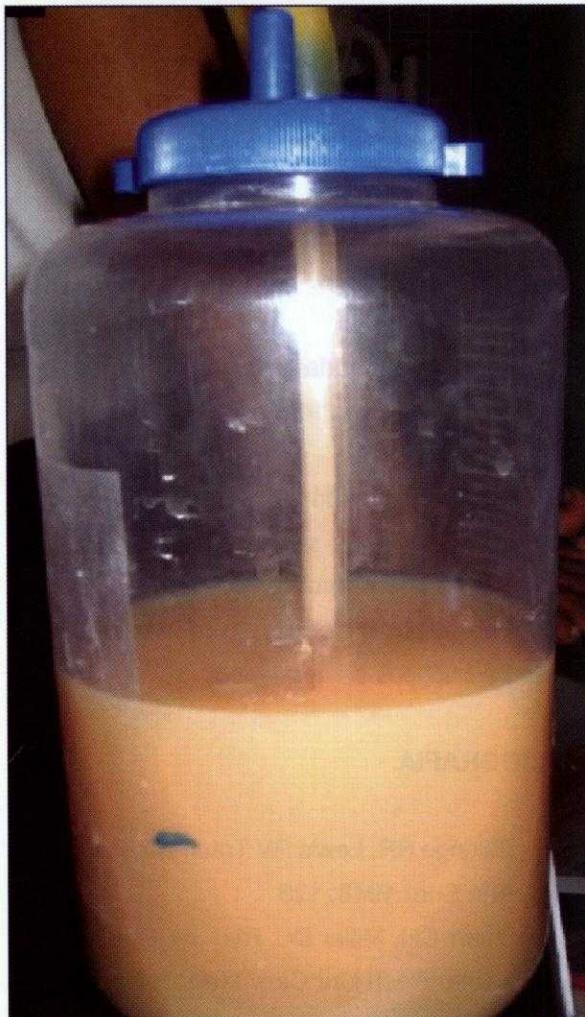


Figura 2. Se observa debito de aspecto lechoso de pleurostomía.

Se decide realizar toracotomía exploradora con los hallazgos: Líquido de aspecto lechoso aprox. 500 cc, Lesión de pleura parietal en cúpula de aprox. 3 cm. de longitud, lesión de parénquima pulmonar en lóbulo superior, sección del 90% de la circunferencia del conducto torácico. Se realiza rafia de lesión de parénquima de pulmón, ligadura de conducto torácico distal y proximal.

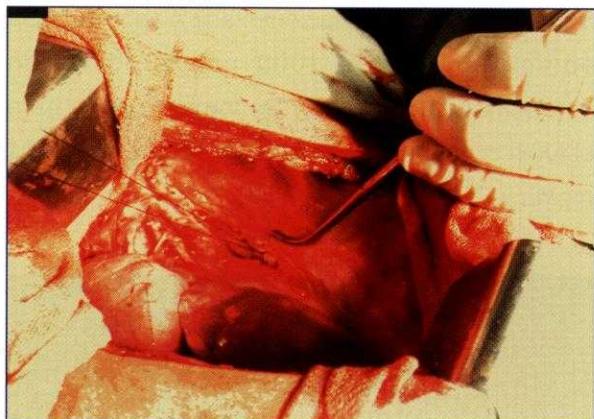


Figura 3. La flecha muestra la lesión del conducto torácico una vez ligado.

Evolución posoperatoria satisfactoria. La paciente fue dada de alta a los 14 días.

Comentario: El quilotórax es una entidad poco frecuente sin embargo se debe sospechar de esta patología ante la presencia de débito de líquido pleural de aspecto lechoso, la resolución en los casos traumáticos es quirúrgica.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Baldrige RR, Lewis RV Traumatic chylothorax. Ann Surg 1948; 128
2. Doerr CH, Miller DL, Ryu JH. Chylothorax. Semin Resp Crit Care Med, 2001; 22:617-26
3. Valentine VG, Raffin TA. The management of chylothorax. Chest 1992;102:586-91.
4. Ikonomidis JS, Boulanger BR, Brenneman FD. Chylothorax after blunt chest trauma: a report of 2 cases. Can J Surg 1997; 40:135-8.
5. Silen ML, Weber TR. Management of thoracic duct injury associated with fracture dislocation of the spine following blunt trauma. J Trauma 1995; 39:1185-7.
6. Milano S, Maroldi R, Vezzoli G, Bozzola G, Battaglia G, Mombelloni G.
7. Chylothorax after blunt chest trauma: An unusual case with a long latent period. Thorac Cardiovasc Surg 1994; 42:187-90.
8. Staats BA, Ellefson RD, Budahn LL, Dines