

Bibliografía

1. Abhishek V, Avinash V. Cardiac hydatid disease: Literature review. *Asian Cardiovasc Thorac Ann.* 2012;20:747–50.
2. Yagüe D, Lozano MP, Lample C, Nuñez ME, Sánchez F. Bilateral hydatid cyst of pulmonary arteries: MR and CT findings. *Eur Radiol.* 1998;8:1170–2.
3. Biglioli P, Spirito R, Roberto M, Parolari A, Agrifoglio M, Pompilio G, et al. False hydatid aneurysm of the thoracic aorta. *Ann Thorac Surg.* 1995;59:524–5.
4. Tardivon AA, Musset D, Maitre S, Brenot F, Darteville P, Simonneau G, et al. Role of CT in chronic pulmonary embolism: Comparison with pulmonary angiography. *J Comput Assist Tomogr.* 1993;17:345–51.
5. Bakir I, Enc Y, Cicek S. Hydatid cyst in the pulmonary artery: An uncommon localization. *Heart Surg Forum.* 2004;7:13–5.
6. Odev K, Acikgözoglu S, Gormüs N, Aribas OK, Kiresi DA, Solak H. Pulmonary embolism due to cardiac hydatid disease: Imaging findings of unusual complication of hydatid cyst. *Eur Radiol.* 2002;12:627–33.
7. Koksal C, Baysungur V, Okur E, Sarikaya S, Halezeroglu S. A two-stage approach to a patient with hydatid cysts inside the right pulmonary artery and multiple right lung involvement. *Ann Thorac Cardiovasc Surg.* 2006;12:349–51.

M. Teresa Gómez Hernández^{a,*}, María Rodríguez Pérez^a, Pilar García Hernández^b y Marcelo F. Jiménez López^a

^a *Departamento de Cirugía Torácica, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España*

^b *Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mteresa.gomez.hernandez@gmail.com (M.T. Gómez Hernández).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2016.10.012>
0300-2896/

© 2016 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Quilotórax en paciente en hemodiálisis



Chylothorax in a Patient Receiving Hemodialysis

Sr. Director:

Mujer de 84 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabética tipo 2, con nefropatía diabética en hemodiálisis a través de catéter venoso yugular derecho (trombosado 3 meses antes del ingreso), y estenosis de canal (L4-L5). Se deriva a urgencias porque en una sesión de hemodiálisis refiere tos y auscultación pulmonar con ruidos respiratorios disminuidos en tercio inferior del hemitórax derecho. No presenta fiebre ni disnea. En los días previos había realizado tratamiento con amoxicilina/clavulánico por una posible infección urinaria. En el examen físico destacan fístula arteriovenosa para hemodiálisis en antebrazo izquierdo, ruidos cardíacos rítmicos con soplo sistólico en foco mitral III/IV y ruidos respiratorios disminuidos en la base pulmonar derecha. El hemograma y la bioquímica son normales, salvo un proBNP de 1.750 y unos triglicéridos de 99 mg/dl. En la radiografía de tórax se aprecia derrame pleural en tercio inferior de hemitórax derecho, engrosamiento de la cisura menor y catéter en la vena yugular derecha. En la toracocentesis diagnóstica se obtuvo un líquido de aspecto lechoso con pH 7,30, ADA 21 U/l, LDH 119 U/l, glucosa 214 mg/dl, proteínas totales 4,1 g/dl, colesterol 94 mg/dl y triglicéridos 870 mg/dl. La citología fue negativa para malignidad. Los hallazgos de la TC torácica fueron: gran derrame pleural derecho, atelectasia pasiva del pulmón

ipsilateral con desviación mediastínica, gran circulación colateral en hemitórax derecho a través del sistema ácigos/hemiácigos, y estenosis de la vena cava superior con un catéter en la vena yugular derecha (fig. 1). Bajo control fluoroscópico se retiró el catéter yugular central y se sustituyó por otro femoral. Ante el diagnóstico de quilotórax se colocó un drenaje pleural, drenando 1.800 ml. La radiografía de tórax al alta demostró la completa resolución del derrame pleural sin que haya recidivado en el seguimiento.

Los pacientes en tratamiento con hemodiálisis pueden presentar un derrame pleural, por diversas causas. Aunque pueden ser exudados en el seno de infecciones, neoplasias, pleuritis urémica o hemotórax, la mayoría son trasudados por sobrecarga de volumen o por alteración del drenaje venoso. Sin embargo, la presencia de un quilotórax es muy poco frecuente¹. En el caso de nuestra paciente, la trombosis del catéter venoso central yugular condicionó la aparición de una estenosis/obstrucción de la vena cava superior que dificultó el drenaje linfático, favoreciendo la formación de quilotórax.

En definitiva, el quilotórax es una causa de derrame escasamente documentada en los pacientes sometidos a hemodiálisis². Se requiere una sospecha diagnóstica adecuada y una aproximación terapéutica específica, que incluye la retirada del catéter de hemodiálisis³.

Bibliografía

1. Torres Guinea M, de Arriba G, Basterrechea MA, Ocaña J. Quilotórax: una causa poco frecuente de derrame pleural en los pacientes en hemodiálisis. *Nefrología.* 2008;28:353–4.
2. Peñalver R, Isea Viña J, Martínez Huerta L, Sociedad Española de Cirugía Torácica. *Patología de la Pleura.* Madrid: Panamericana; 2013.
3. Alkayed K, Plautz G, Gowans K, Rosenthal G, Soldes O, Qureshi AM. Chylopericardium and chylothorax: Unusual mechanical complications of central venous catheters. *Pediatr Int.* 2013;55:e4–6.

Elizabeth María De Freitas González*,
Jesús Antonio Villegas Alcázar y Silvia García García

Servicio de Neumología, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elizabethdefreitas2810@gmail.com (E.M. De Freitas González).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2016.10.009>
0300-2896/

© 2016 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.



Figura 1. Derrame pleural derecho. Catéter en vena cava superior.