

**Quilotórax por fractura de húmero y resolución tras tratamiento conservador**

**Sr. Director:** El quilotórax es una colección de líquido de aspecto lechoso en el espacio pleural debido a la rotura del conducto torácico. Las causas más frecuentes son: a) neoplasias; b) traumatismos iatrogénicos, y c) traumatismos no iatrogénicos, menos frecuentes que los anteriores<sup>1</sup>, que pueden ser penetrantes o cerrados. Las causas más frecuentes de traumatismos cerrados son los accidentes de tráfico y los accidentes laborales<sup>2</sup>.

La rotura del conducto torácico por un traumatismo no iatrogénico es muy rara. Tiene que ser un traumatismo torácico grave, como fracturas costales o contusión pulmonar asociada a fracturas-dislocación de la columna vertebral, capaces de lesionar el conducto torácico. Esta lesión puede ser directa por fragmentos óseos de fracturas vertebrales, hasta un 20% según Forster et al<sup>3</sup> o por un mecanismo de hiperextensión de la columna vertebral hacia el lado izquierdo<sup>4</sup>.

Presentamos una enferma con quilotórax tras una fractura de húmero por un traumatismo en el hombro, sin evidencias de traumatismo torácico. Esta asociación no ha sido reflejada en la bibliografía. El cese del drenaje del quilotórax, de forma espontánea, tras la toracocentesis evacuadora es un hecho inusual que se presentó en nuestra paciente.

Mujer de 74 años de edad, que ingresó en urgencias por disnea de reposo, 24 h después de una fractura de húmero tras un traumatismo en el hombro.

En la exploración física se apreció taquipnea (32 respiraciones/min) y dolor en el brazo derecho, sin observarse en la inspección signos de contusión torácica ni dolor a la palpación de los arcos costales. En la auscultación pulmonar se objetivó hipofonía en el campo medio e inferior del pulmón derecho. El hemograma indicó leucocitosis y en la gasometría arterial se apreció una hipoxemia leve. El estudio radiológico reveló una fractura de húmero derecho impactada, con un fragmento óseo desplazado, y un derrame pleural derecho (fig. 1). No se detectaron fracturas en la parrilla costal. La tomografía

axial computarizada (TAC) sólo reveló el derrame pleural. Dado el gran trabajo respiratorio se procedió a una toracocentesis evacuadora. Se estableció la presunción de quilotórax por su aspecto lechoso. El diagnóstico se confirmó con el estudio bioquímico, que evidenció una elevación de proteínas y de triglicéridos y valores bajos en colesterol. Con la tinción de rojo Congo se demostró la presencia de abundantes quilomicrones en el derrame pleural. El cultivo microbiológico resultó estéril. Se evacuaron 1.000 ml, tras lo cual cedió, de forma espontánea, el drenaje. En las radiografías de tórax posteriores sólo se apreció un pinzamiento del seno costofrénico derecho. El tratamiento llevado a cabo fue conservador, instaurándose una dieta pobre en lípidos de cadena larga. Se procedió al seguimiento del quilotórax que no precisó, en momento alguno, de la colocación de un tubo de drenaje. La paciente fue dada de alta después de 2 semanas, asintomática, pendiente de intervención quirúrgica del húmero derecho.

El diagnóstico de sospecha del quilotórax se establece por los hallazgos radiológicos y la presencia de un líquido estéril y de aspecto lechoso. Posteriormente, se lleva a cabo el estudio bioquímico, que pone de manifiesto un aumento de los triglicéridos, de las proteínas y de los linfocitos y una disminución de los valores de colesterol. Se necesita, no obstante, determinar la presencia de quilomicrones para hacer el diagnóstico diferencial con otros derrames lechosos. Todo este protocolo diagnóstico lo cumplía nuestra paciente. El diagnóstico de confirmación lo proporciona la linfografía, que indica la localización de la lesión. Sin embargo, esta prueba, dada su dificultad técnica, ha quedado relegada para aquellos pacientes en los que se plantea la intervención quirúrgica, hecho que no sucedía en nuestra enferma.

El tratamiento debe individualizarse en función de cada paciente. Inicialmente debe ser conservador, incluyendo reposo, dieta absoluta o sin lípidos de cadena larga, nutrición parenteral y drenaje del quilotórax mediante toracocentesis o con un tubo de drenaje torácico. Algunos autores<sup>1</sup> se han basado en el tiempo requerido para inducir una inmunosupresión a la hora de determinar la duración de dicho tratamiento. Por ello no debe exceder de 14 días<sup>5</sup> y, aunque se ha descrito una ampliación de dicho período a 6 semanas, para

la mayoría de los autores lo más aceptado son las 2 semanas. Según Graham et al<sup>6</sup> si el paciente está asintomático tras la toracocentesis podría iniciarse un tratamiento con dieta durante algunas semanas, antes de plantearse la indicación quirúrgica, por la posibilidad del cierre de la fisura de forma espontánea con la reexpansión del parénquima pulmonar. Esto fue, precisamente, lo que sucedió en nuestro caso. Si fuera necesario un tubo de drenaje, y después de verificar su correcta colocación, si no ha cesado o, al menos, no ha disminuido significativamente el contenido de la cavidad pleural en un plazo de 5-7 días, debe intervenir quirúrgicamente<sup>6</sup>.

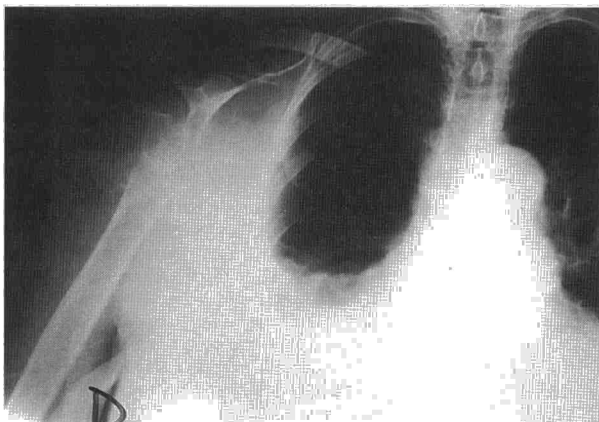
**F. González Lorenzo,  
R. Álvarez-Sala y B. Ortega**  
Servicio de Neumología. Hospital  
Universitario La Paz. Madrid.

1. Ferguson MK, Little AG, Skinner DB. Current concepts in the management of postoperative chylothorax. *Ann Thorac Surg* 1985; 40: 542-545.
2. Pérez JM, Sánchez A, Capella G. Quilotórax. A propósito de siete casos. *Cir Esp* 1990; 47: 137-140.
3. Forster E, Le Maguet A, Cinqualbre J, Piombini JL, Schiltz E. A propos d'un cas de chylothorax consécutif á un traumatisme fermé vertébro-costal. *Chirurgie* 1975; 101: 605-616.
4. Dajee A. Thoracic duct injury. En: Blaisdell FW, Trunkey DD, editores. *Cervicothoracic trauma*. Nueva York: Thieme Inc., 1986; 293-300.
5. Graham DD, McGahren DE, Tribble CG, Daniel TM, Rodgers BM. Use of video-assisted thoracic surgery in the treatment of chylothorax. *Ann Thorac Surg* 1994; 57: 1.507-1.512.
6. Selle J, Snyder W, Scheiber J. Chylothorax: indications for surgery. *Ann Surg* 1973; 2: 245-250.

**Tumor neuroectodérmico periférico de mediastino posterior en un paciente anciano**

**Sr. Director:** Los tumores neuroectodérmicos periféricos (TNEP) configuran un grupo heterogéneo de neoplasias de células pequeñas y redondas que se caracterizan por originarse a partir de células progenitoras de fenotipo neural inmaduro y por su elevado grado de diferenciación celular<sup>1</sup>. Suelen presentarse en niños y adultos jóvenes, siendo inusual en el adulto. La localización primaria mediastínica es infrecuente incluso en la población pediátrica. En la presente observación clínica presentamos un caso de TNEP de mediastino posterior en un paciente anciano. Tras revisar la bibliografía en los últimos 10 años (MEDLINE, 1988-1998), destacamos las escasas descripciones de este tumor en adultos.

Varón de 80 años de edad, que ingresó en nuestro hospital por disfagia y dolor torácico de un mes de evolución. La exploración reveló un síndrome de vena cava superior. Análiticamente destacaba: VSG 99 mm/h, hemo-



**Fig. 1. Radiografía de tórax: fractura de húmero asociada a un quilotórax.**