

Sesión del día 14 de abril de 1971

QUILOPERICARDIO

M. PUIG MASSANA, M. MURTRA, J. M. CALBET

El derrame quilosopericárdico es una entidad clínica excepcional. Presentamos un caso que hemos tenido ocasión de tratar quirúrgicamente con éxito.

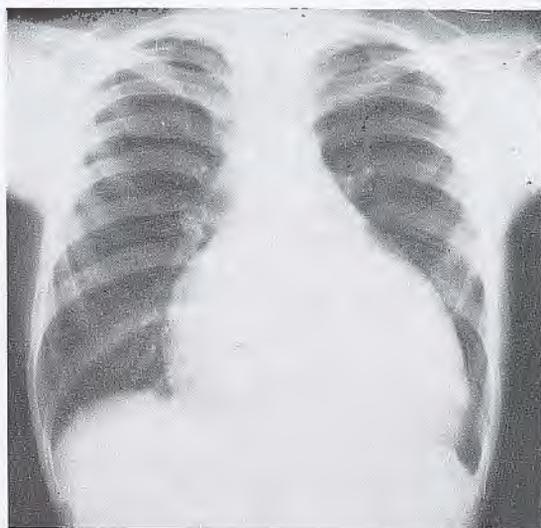


FIG. 1

Se trata de un enfermo de 12 años de edad, sin antecedentes de interés, asintomático, y que tras una revisión médica de rutina se le encontró gran cardiomegalia por lo que fue remitido a nuestro Centro para su estudio y tratamiento.

Examen físico: Biotipo mesomorfo. Desarrollo pondoestatural normal. L.C.R.I. 86 x', sin I.Y. a 30°. Se palpan bien todos los pulsos periféricos. T. A., 120/7. Oscilometría normal.

34

Auscultación cardíaca: Clic protosistólico en B.P.E.I.; resto exploración normal.

A R.X. (fig. 1): Cardiomegalia global muy importante producida por derrame pericárdico.

ECG: Ritmo sinusal a 80 x'. A QRS a 40°.

Hemodinámica: No existen datos de insuficiencia de llenado diastólico. La punta del catéter se visualiza bastante alejada del borde de la silueta cardíaca. Con la punción pericárdica se extrae un líquido lechoso, cuyo estudio confirmó las características del líquido linfático, estableciendo el diagnóstico de derrame quilopericárdico.

Posteriormente se procedió a la evacuación del quilopericardio, extrayendo hasta 1.000 c. c. de líquido linfático (fig. 2). Se comprobó que el derrame se reprodujo en pocos días (fig. 3) para alcanzar iguales dimensiones a las dos semanas (fig. 4), por lo que se decidió tratamiento quirúrgico.

Previamente a la intervención se practicó estudio linfográfico, que demostró una progresión normal del contraste hasta la desembocadura en la subclavia izquierda, siendo normales las características radiológicas del conducto torácico. Tras el último control radiológico se inició la inyección de 3 c. c. de Azul Patente, en los conductos linfáticos dorsales de ambos pies y se trasladó inmediatamente al enfermo al quirófano.

Se practicó toracotomía lateral amplia a nivel del 6.º espacio intercostal izquierdo. Pericardio muy distendido y tenso, observando por transparencia el aspecto lácteo del líquido pericárdico. Apertura del pericardio (fig. 5) y aspiración de 900 c. c. de derrame pericárdico quiloso (figs. 6 y 7).

En las paredes pericárdicas aparecen acúmulos de sustancia amarilla (colesterol) y formaciones quísticas linfáticas muy pequeñas, que no se tiñen con el colorante, al contrario de otras zonas linfáticas (fig. 8).

Peroperatoriamente se repitió la inyección de 3 c. c. de Azul Patente en los linfáticos dorsales del pie izquierdo. A pesar de esto, el conducto torácico

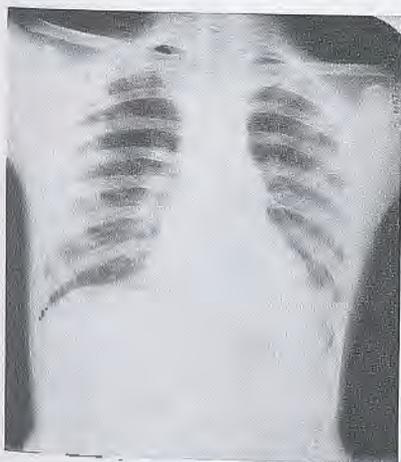


FIG. 2

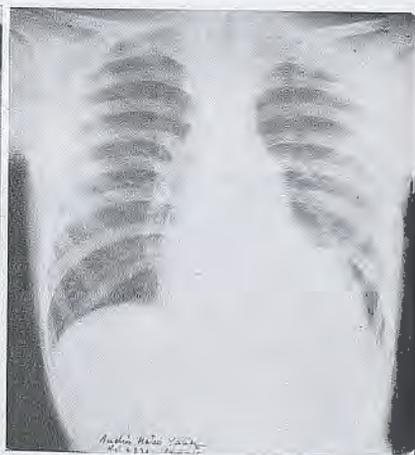


FIG. 3



FIG. 4



FIGS. 5 y 6



FIGS. 7 y 8

ofrecía escasa diferenciación. Disección y apertura del mismo a 3 ó 4 cm. por encima del diafragma (fig. 9), procediendo a su canulación en sentido ascendente y a la inyección de 2 c. c. de Azul Patente.

Se marcan algunos conductos linfáticos colaterales y ganglios del hilio pulmonar, e inmediatamente se ponen de manifiesto conductos linfáticos que siguen la dirección de la arteria pulmonar con la que penetran en pericardio.

El tronco de la arteria pulmonar queda totalmente teñido, contrastando con el resto del pericardio; la tinción progresa y se difunde por el seno transversal; a este nivel se ve rezumar linfa teñida que se acumula en el fondo del pericardio.



Fig. 9

Se practicó entonces resección parcial y ligadura del conducto torácico a nivel de la canulación, y una resección parcial del pericardio.

El curso postoperatorio fue normal sin ninguna complicación y sin observar acúmulo del líquido pericárdico o pleural, siendo dado de alta al 9.º día del postoperatorio.

La última revisión, practicada a los doce meses del alta, el enfermo se encontraba asintomático y con exploración cardiovascular normal.

R.X: Silueta cardíaca normal (fig. 10).

E.C.G.: Ritmo sinusal sin cambios significativos.

Se ha revisado la literatura mundial y contando nuestro enfermo, se reportan 17 casos de quilopericardio, de los cuales 8 son hembras y 9 varones.

La edad de los enfermos está comprendida entre los 13 meses y los 62 años (edad promedio de 22 años).

En 9 enfermos no se encontró ninguna anormalidad; en 5 se encontraron higromas linfangiomatosos asociados en un caso con linfangiec-

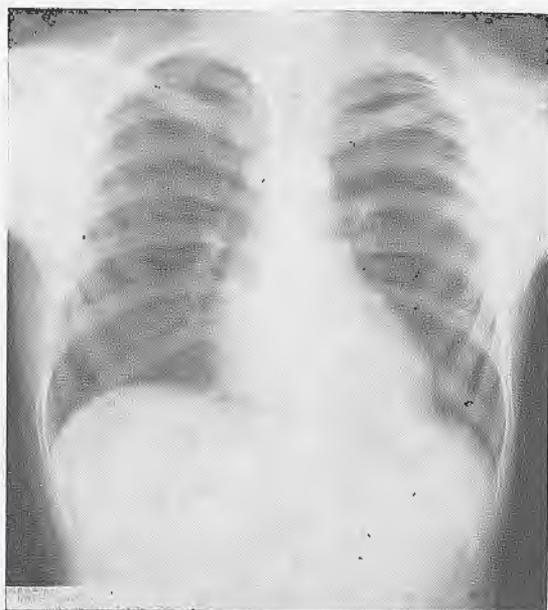


FIG. 10

tasias y en otro con colaterales múltiples. Dos enfermos tenían linfangiectasias aisladas y otro colaterales múltiples.

En la mayoría de los pacientes (13 casos) el tratamiento se basó en la ligadura del conducto torácico, que a veces se asoció con la ligadura de los canales linfáticos dilatados, o bien pericardiectomía parcial o ventana pericárdica. En un caso no se realizó tratamiento quirúrgico.

La evolución ha sido buena, no recurriendo el quilo-pericardio, en todos los casos en que se ligó el conducto torácico. Sólo reapareció en 3 de los 4 enfermos en los que no se ligó el conducto.

Parece justificado considerar a los derrames quilosos independientes como una modalidad de los derrames pericárdicos crónicos idiopáticos, en los que los signos son bastante estereotipados y en los que el tratamiento quirúrgico de elección es la ligadura del conducto torácico.

Centro Quirúrgico San Jorge. Barcelona

BIBLIOGRAFIA

1. GLASSER, S. P., CHEITLIN, M. D., SERTAS, L. S., SBAR, S.: Isolated Massive chylopericardium. *Amer. Heart J.*, 75, 663, 1968.
2. MADISON, W. M., LOUGE, G.: Isolated («primary») chylopericardium. *Amer. Heart J.*, 22, 925, 1957.
3. MILLER, S. V., PRUETT, H. J., LORG, A.: Fatal chylopericardium caused by hamartomatous lymphangiomatosis. *Amer. J. Med.*, 26, 951, 1959.
4. ROCHU, P., HENRY, E., JOUVE, A.: Un nouveau cas d'épanchement laiteux du péricarde. *Arch. Mal. Coeur*, 62, 577, 1969.