

Quilopericardio Idiopático Primario - Informe de Caso Clínico

Marcos Augusto de Moraes Silva, Antonio Sérgio Martins, Nelson Leonardo K. Leite de Campos, Rubens Ramos de Andrade, Leonardo Massato Tohi, João Carlos Hueb

Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Botucatu, SP - Brasil

La acumulación de quilo en el espacio pericárdico o quilopericardio es una condición que con mayor frecuencia ocurre después de trauma, cirugía cardíaca y torácica o asociado a tumores, tuberculosis o linfomatosos. Cuando no es posible la identificación precisa de la etiología, el quilopericardio se denomina primario o idiopático. Esta es una situación clínica rara. Describimos un caso en paciente del sexo femenino, con 20 años de edad, tratada quirúrgicamente. A propósito del caso, presentamos una breve revisión bibliográfica y comentarios sobre el cuadro clínico, la etiopatogenia, exámenes diagnósticos complementarios y opciones de tratamiento.

Introducción

El quilopericardio aislado fue descrito por primera vez en 1888, por Hasebrock en autopsia¹. Es una entidad clínica poco común en que se acumula quilo en la cavidad pericárdica¹⁻³. Puede ser causado por trauma quirúrgico, radiación, tuberculosis, obstrucción de vena cava, tumores primarios o metastásicos de mediastino^{1,3-5}. La fisiopatología común a todas esas condiciones parece ser la obstrucción del ducto torácico sin el desarrollo de drenaje colateral⁴. La linfomatosos congénita y linfangiectasia también pueden ser causa de quilopericardio^{6,7}.

En muchos casos, con todo, no es posible establecer de forma precisa la etiología. Para describir estos casos, Groves y Effler⁸, en 1954, introdujeron los términos quilopericardio "primario" o "idiopático".

Relatamos a continuación un caso de quilopericardio idiopático o primario, tratado quirúrgicamente.

Informe de Caso Clínico

Paciente del sexo femenino, con 20 años de edad, procedente de Lençóis Paulista (SP), ingresó el 10/05/2005 en nuestro hospital, con diagnóstico de derrame pericárdico importante.

Palabras clave

Derrame pericárdico; Quilopericardio idiopático primario.

Correspondencia: Marcos Augusto de Moraes Silva

Disciplina de Cirurgia Cardiovascular do Departamento de Cirurgia e Ortopedia da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP - Distrito de Rubião Jr. s/n, Botucatu - 13618-970 - São Paulo, SP - Brasil
E-mail: marcos@fmb.unesp.br

Artículo recibido el 29/01/2008, revisado recibido el 24/06/2008; aceptado el 11/07/2008.

Historia clínica: Disnea leve a grandes esfuerzos desde hace seis meses, con empeoramiento para medios esfuerzos hace dos meses. Negaba edema, mareos, palpitaciones o precordialgia.

Examen físico

Buen estado general, mucosas húmedas y normocoloreadas, acianótica P=FC=96lat/min, PA 110/60. Sin señales de estasis yugular o edema de miembros inferiores. Bazo no percutable y no palpable. Ictus cordis no visible y no palpable, sin frémitos, ruidos cardíacos rítmicos, con discreto apagamiento, sin soplos.

Exámenes complementarios

Hemograma, Na, K, Mg, Ca, glicemia, urea, creatinina, proteínas totales y fracciones, DHL, TGO y TGP normales, prueba de látex negativa, PCR normal y serologías para hepatitis B, C y VIH negativas. Rx de tórax: aumento de área cardíaca (fig.1).

Ecocardiograma: Derrame pericárdico importante sin señales de restricción diastólica.

Tomografía de tórax: cardiomegalia con señales de congestión pulmonar venosa.

Evolución

El 17/05/2005, la paciente fue sometida a drenaje pericárdico subxifoideo, por técnica de Marfan, retirándose 700 ml de líquido lechoso, espeso, con aspecto de quilo. Se realizaron biopsia del pericardio y recolección de muestras del líquido y sangre para exámenes. En el postoperatorio el volumen frenado fue de aproximadamente 500 ml y la sonda de drenaje pericárdico se retiró al cuarto día, 48 horas después de haber cesado el drenaje. La paciente recibió alta en el séptimo día de postoperatorio, con linfocentelografía agendada en ambulatorio.

Biopsia de pericardio: engrosamiento fibroso y reacción mesotelial.

Exámenes de laboratorio:

Sangre: colesterol total 140 mg/dl; LDL-colesterol 62 mg/dl; triglicéridos 70,00 mg/dl.

Líquido pericárdico: triglicéridos 1.420 mg/dl; cultivo-negativo; bacterioscopia- ausencia de bacterias raras leucocitos; citología conteo global: hematíes 2.600 mm³; leucocitos 3.200 mm³; conteo diferencial: linfocitos 3%; monocitos 8%; segmentados 89%.



Figura 1 - Rx de tórax: aumento de área cardíaca.

Linfocentellografía, 14 días después del drenaje pericárdico mostró aspecto normal de los miembros inferiores y acumulación anormal de radiofármaco en tórax, pudiendo representar presencia de linfa en espacio pericárdico o pleural, secundario a proceso obstructivo o agenesia parcial de ducto torácico (fig.2).

Veinte días después del alta, el paciente reingresó con derrame pericárdico importante y queja de disnea a esfuerzos medios. Operada por toracotomía medioesternal, se retiraron cerca de 1.000 ml de líquido lechoso espeso, con aspecto de quilo y realizada pericardiectomía parcial asociada a derivación pericardio-peritoneal. Las cavidades pleurales y el mediastino fueron drenados.

En el postoperatorio el volumen de drenaje se mantuvo en el intervalo de 150 a 400 ml/día (promedio de 240 ml/día) por 15 días, cuando comenzó a disminuir hasta cesar totalmente el 30º día.

Discusión

A partir de la descripción Groves y Effler⁸ en 1954, Dunn¹ en 1975, refiere 22 casos de quilopericardio “primario” o “idiopático” descritos en la bibliografía. Akamatsu et al.⁶ refieren, hasta 1992, 79 casos, t Yüksel et al.², hasta 1997, 89 casos. A partir de 1997, encontramos relatos de 25 nuevos casos, totalizando 114 casos descritos hasta 2007. En la bibliografía nacional sólo encontramos relato de un caso, hecho por Fernandes et al.³ en 1998.

La fisiopatología del quilopericardio primario puede estar relacionada a la anomalía de la conexión entre el ducto torácico y el pericardio, con presencia de fístulas, reflujo de quilo asociado a hipertensión linfática con pérdida del mecanismo valvular y aumento de la permeabilidad de la pared de los vasos linfáticos³.

El cuadro clínico varía de asintomático a señales de

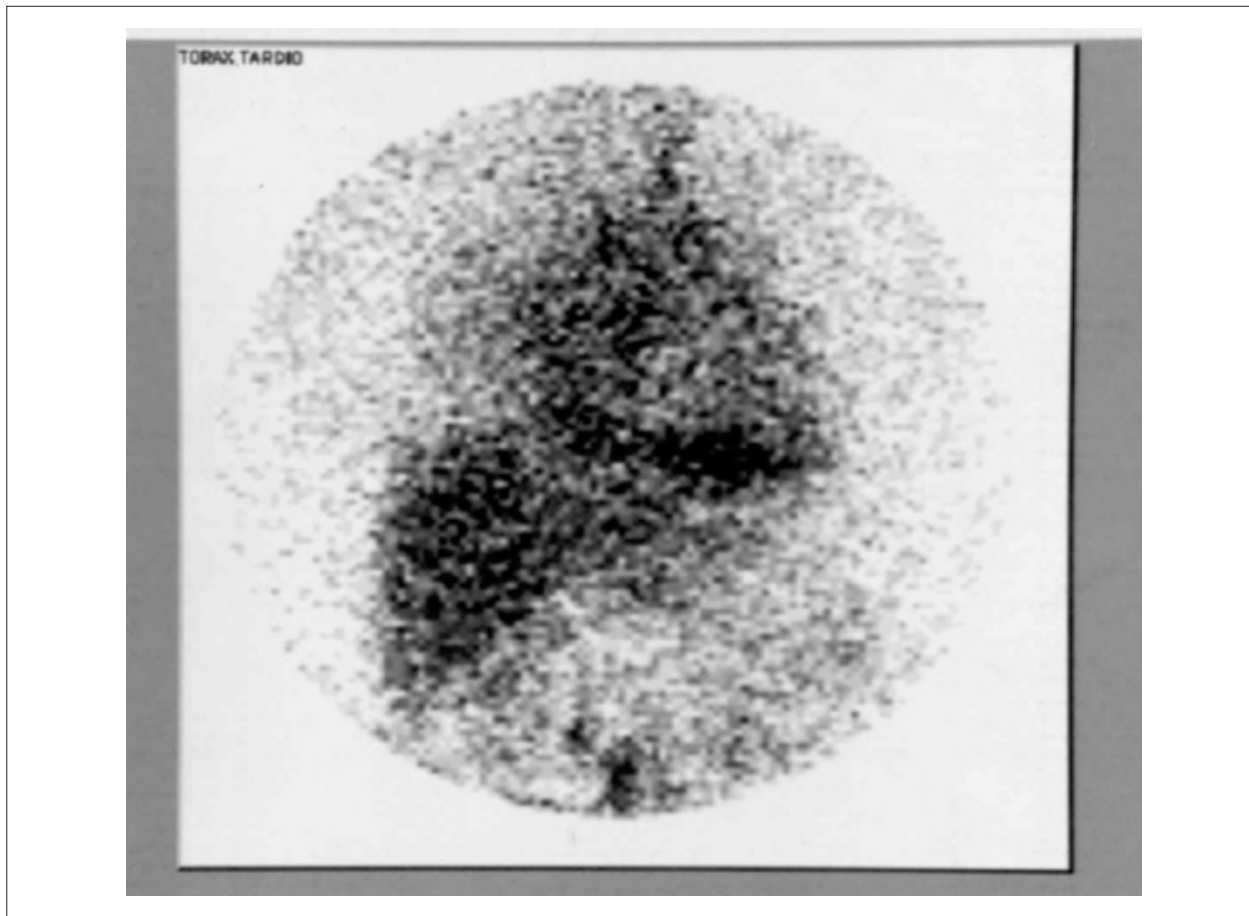


Figura 2 - Linfocentellografía: acumulación anormal de radiofármaco en tórax.

taponamiento cardíaco. Los síntomas más frecuentes son disnea, fatiga y tos⁵.

El diagnóstico diferencial se realiza con todas las causas de derrame pericárdico y la confirmación de quilopericardio, en la mayoría de los casos sólo se realiza después de la pericardiocentesis por el líquido pericárdico de aspecto quiloso, con quilomicrones y niveles altos de triglicéridos. Una vez confirmado el diagnóstico, se indica el estudio de los vasos linfáticos por medio de linfangiografía, que auxilia en la identificación de comunicación linfopericárdica, variaciones de la anatomía o aplasia parcial del ducto torácico^{3,5,9}. La tomografía computada puede ser útil para descartar linfoangiomas.

El tratamiento conservador del quilopericardio se realiza con dieta hipograsa utilizando triglicéridos de cadena media, cuya absorción se realiza por vía de la vena porta y no por la vía de los vasos linfáticos, como sucede con los de cadena larga³. No obstante, el tratamiento conservador del quilopericardio idiopático o primario, en contraste con el quilopericardio post traumático, difícilmente es exitoso⁵.

En estos casos se indica tratamiento quirúrgico, que incluye ventana pericardioperitoneal, pericardiectomía y ligadura con resección del ducto torácico inmediatamente

sobre el diafragma^{6,7}.

Akamatsu et al.⁶ refieren que de los 79 descritos en la bibliografía hasta 1992, 10 (13%) recibieron tratamiento conservador, y seis (60%) de esos pacientes volvieron a presentar derrame. Los restantes 69 pacientes (87%) fueron tratados quirúrgicamente; 21 (27%) por ventana pericárdica, siete (9%) por ligadura y resección del ducto torácico y 41 (52%) por ligadura y resección del ducto torácico asociada a ventana pericárdica.

La ligadura y resección del ducto torácico inmediatamente sobre el diafragma asociada a pericardiectomía parcial fue el tratamiento utilizado en la mayoría de los casos⁶. Más recientemente, este procedimiento también se realizó por medio de toracoscopia⁴.

Con la conducta adoptada en nuestro caso, pericardiectomía parcial asociada a ventana pericardioperitoneal, después de más de dos años de seguimiento, la paciente está bien, sin quejas, presentando como única complicación un pequeño derrame pleural a la derecha. Así, creemos que el resultado obtenido fue bueno, pero presentó como inconvenientes un alto volumen de drenaje los primeros días de postoperatorio y período de internación largo.

Potencial Conflicto de Intereses

Declaro no haber conflicto de intereses pertinentes.

Fuentes de Financiamiento

El presente estudio no tuvo fuentes de financiamiento

externas.

Vínculo Académico

No hay vínculo de este estudio a programas de post grado.

Referencias

1. Dunn RP. Primary chylopericardium: a review of the literature and illustrated case. *Am Heart J.* 1975; 89 (3): 369-77.
2. Yüksel M, Yıldızeli B, Zonüzi F, Batirel HF. Isolated primary chylopericardium. *Eur J Cardiothorac Surg.* 1997; 12: 319-21.
3. Fernandes F, Arteaga E, Carvalho MSS, Ianni BM, Fernandes PP, Mady C. Quilopericardio idiopático. *Arq Bras Cardiol.* 1998; 71 (2): 131-4.
4. Furrer M, Holp M, Ris HB. Isolated primary chylopericardium: treatment by thorascopic thoracic duct ligation and pericardial fenestration. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1996; 112 (4): 1120-1.
5. Svedjeholm R, Jansson K, Olin C. Primary idiopathic chylopericardium – a case report and review of the literature. *Eur J Cardiothorac Surg.* 1997; 11: 387-90.
6. Akamatsu H, Amano J, Sakamoto T, Suzuki A. Primary chylopericardium. *Ann Thorac Surg.* 1994; 58 (1): 262-6.
7. Mahon NG, Nölke L, MacCann H, Sugrue D, Hurley J. Isolated chylopericardium. *Surg J R Coll Surg Edinb Irel.* 2003; 1: 236-8.
8. Groves LK, Effler DB. Primary chylopericardium. *N Engl J Med.* 1954; 250 (12): 520-3.
9. Mewis C, Küllkamp V, Sokiranski R, Karsch KR. Primary chylopericardium due to partial aplasia of the thoracic duct. *Eur Heart J.* 1997; 18: 880-1.