



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

1649 - MEDIASTINITIS DE REPETICIÓN POR QUILOTÓRAX EN POSIBLE RELACIÓN CON ANTECEDENTE TRAUMÁTICO

F. Elgueta Tapia, G. Solano Iturri y A. Burzaco Sánchez

Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

Resumen

Objetivos: La mediastinitis es un proceso inflamatorio grave del tejido conectivo del mediastino y su diagnóstico precoz es esencial para un tratamiento exitoso. El quilotórax, definido como la presencia de linfa en el espacio pleural, dependiendo de su causa, se asocia con gran morbilidad si no se trata con rapidez. Presentamos un caso de mediastinitis aguda de repetición autolimitada secundaria a una fuga de linfa de posible origen traumático visto en nuestro servicio de Medicina Interna.

Métodos: Descripción de un caso clínico en base a la anamnesis, exploración física y antecedentes rescatados de la plataforma Osabide-Global, utilizada para el registro y almacenamiento de información clínica relevante de pacientes en el Hospital Universitario de Basurto.

Resultados: Mujer de 75 años, no fumadora ni bebedora. Sin antecedentes quirúrgicos previos. Como antecedentes relevantes, traumatismo cervical derecho importante en accidente de tren hace cuarenta años. Hace nueve años, mediastinitis aguda asociada a tumefacción supraclavicular derecha tras acceso de tos, que se resolvió espontáneamente sin poder filiar su etiología. En esta ocasión, acudió a urgencias por dolor centro-torácico agudo con irradiación supraclavicular derecha que horas después evolucionó con tumefacción cervical del mismo lado, no asociada a esfuerzos. Las constantes vitales y resto de exploración física fueron normales. El electrocardiograma, analítica sanguínea básica y autoinmune también resultaron normales. La tomografía computarizada de tórax mostró hallazgos compatibles con mediastinitis aguda y leve derrame pleural bilateral. El tránsito esófago-gastroduodenal y gastroscopia fueron normales. El líquido pleural fue de aspecto lechoso, predominio mononuclear, con niveles elevados de triglicéridos y presencia de quilomicrones. Cultivos bacterianos, incluyendo micobacterias, fueron negativos, así como también la serología de virus implicados en serositis. La biopsia de la tumefacción cervical fue compatible con tejido fibroadiposo y la linfogammagrafía no evidenció fugas de linfa. Diez días más tarde, con evolución clínica satisfactoria, la paciente se encontraba sin síntomas y con resolución de la tumefacción cervical sin necesidad de tratamiento específico.

Discusión: El quilotórax es poco frecuente. Existen múltiples etiologías, clasificadas en traumáticas y no traumáticas con similar incidencia en la literatura. En el primer caso, el evento traumático suele identificarse entre los 2-10 días previos. Entre un 6-10% de los casos a pesar de un estudio exhaustivo, la etiología sigue sin aclararse. Su diagnóstico se basa en la presencia de quilomicrones en el líquido pleural. Para identificar una alteración funcional o anatómica de los conductos linfáticos, puede ser útil la linfogammagrafía, linfangiografía o linfangiografía/resonancia-magnética. Tras descartar otras etiologías, nos planteamos como hipótesis diagnóstica la fuga de linfa debido al antecedente traumático cervical previo y un segundo episodio

de mediastinitis aguda de resolución espontánea sin tratamiento específico a pesar de una linfogammagrafía negativa, ya que la sensibilidad de esta es baja para encontrar alteraciones anatómicas en quilotórax de bajo débito.

Conclusiones: El tratamiento oportuno es clave debido a la morbimorbilidad asociada a sus causas. Es fundamental el análisis del líquido pleural y un estudio sistemático para lograr filiar la causa de entre las múltiples etiologías, y así escoger la mejor prueba y tratamiento en los casos de difícil diagnóstico.