

Quilotórax como complicación de enfermedad de hodgkin durante gestación única activa

Chylothorax complicating hodgkin ldisease during pregnancy only active

Mannix Jonathan Gutiérrez-Ponce^{1a}, Magno Bernard Gonzales-Soto^{2,b}

RESUMEN

El quilotórax, es la acumulación de linfa en el espacio pleural, que tiene como causa la complicación de la Enfermedad de Hodgkin, al generar obstrucción del conducto linfático a través de las múltiples masas; empeorando cuadros pre existentes; como la gestación. Se presenta el caso clínico de una gestante de 24 años que debutó con derrame pleural con características de quilotórax secundario aun Enfermedad de Hodgkin; que se trató mediante monitorización y dieta adecuada, así como drenaje pleural en un primer momento y posteriormente, sólo con monitorización estricta y dieta baja en grasa, presentando una evolución clínica satisfactoria y sin recaídas posteriores. Se discute los distintos abordajes de esta complicación, así como el tratamiento de la gestación en el contexto de la Enfermedad de Hodgkin. Asimismo, se resalta el manejo conservador de esta complicación y la culminación oportuna de la gestación por la vía más adecuada.

Palabras clave: quilotórax, embarazo, Enfermedad de Hodgkin. (Fuente: DeCS-BIREME).

ABSTRACT

Chylothorax, is the accumulation of lymph in the pleural space, whose causes complication of Hodgkin's disease, lymphatic obstruction to generate conduit through multiple masses; worsen pre-existing tables; as gestation. The clinical case of a pregnant 24 year old debuted with pleural effusion chylothorax secondary characteristics even Hodgkin's disease occurs; which was treated by monitoring and proper diet as well as pleural drainage at first and then only with strict monitoring and low-fat diet, without presenting a satisfactory clinical outcome after relapse. Different approaches to this complication, as well as the treatment of pregnancy in the context of Hodgkin's disease is discussed. Also, conservative management of this complication and timely completion of pregnancy is highlighted by the most appropriate route.

Keywords: chylothorax, pregnancy, Hodgkin disease. (Source: MeSH-NLM).

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias hematológicas en el embarazo conllevan un gran riesgo para la madre y el feto. El linfoma, Hodgkin (LH) y no Hodgkin (LNH), es la cuarta causa más frecuente de cáncer diagnosticado en el embarazo. El

tipo más frecuente es el LH, mientras que la incidencia de LNH es muy baja⁽¹⁾.

Las neoplasias hematológicas, como grupo, representan un 25% de los cánceres que complican el embarazo, con una incidencia de linfoma de Hodgkin (LH) entre 1:1000 a 1:6000⁽²⁾.

Los pacientes con enfermedad oncológica de cualquier origen suelen experimentar complicaciones médicas, tanto de urgencia como de emergencia, que son el resultado directo o indirecto de la enfermedad maligna subyacente. Las complicaciones torácicas de las enfermedades malignas pueden dividirse en directas e indirectas, según el mecanismo de acción. Además, los tumores pueden invadir directamente una estructura vecina, con el daño a su integridad. Los ejemplos incluyen invasión vascular que provoca hemorragia o el compromiso del conducto torácico que origina un quilotórax⁽³⁾.

El quilotórax se define como la acumulación de quilo en el espacio pleural, líquido que fluye a través del conducto torácico. Las causas se pueden dividir en traumáticas y no traumáticas, siendo más frecuentes, a pesar de lo que comúnmente se piensa, las últimas. Los tumores constituyen la principal causa entre las no traumáticas, correspondiendo a linfoma entre 50 y 70% de los casos publicados, seguido del carcinoma broncogénico y las metástasis de cualquier primario con mucha menor frecuencia⁽⁴⁾.

1. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

2. Hospital Regional Lambayeque.

a. Estudiante de Medicina.

b. Medicina de emergencias y desastres.

En la gran mayoría de los casos, cuando el linfoma se diagnostica durante el primer trimestre, el tratamiento con un régimen de quimioterapia estándar, después de la interrupción del embarazo debe ser recomendado. Cuando el linfoma se diagnostica durante el segundo y tercer trimestres, existe evidencia que sugiere que la quimioterapia de dosis completa se puede administrar de forma segura sin aparente mayor riesgo de resultados adversos fetales graves⁽⁵⁾.

Por otra parte, el tratamiento del quilotorax puede clasificarse en 3 categorías: 1.- de la enfermedad subyacente, 2.- tratamiento conservador y 3.- tratamiento quirúrgico, dependiendo del estado general del paciente, de la existencia de comorbilidades presentes, y del grado de severidad y de los recursos disponibles⁽⁶⁾.

A continuación se presenta un caso clínico, donde confluyen, el quilotorax como complicación del linfoma de Hodgkin y la gestación, con necesidad de terminar la misma debido a la falta de control de la enfermedad y la premura por el inicio de retomar el tratamiento específico de esta, describiéndose el manejo intrahospitalario de las complicaciones suscitadas, así como de la resolución del embarazo.

CASO CLÍNICO

Paciente de 24 años, secundigesta de 28ss + 1 día, con antecedente de Enfermedad de Hodgkin hace 4 años, inicia cuadro 12 días antes del ingreso, con disnea a moderados esfuerzos, con tos no productiva, en frecuencia de 6-8 episodios/día, que con el pasar de los días, cuadro se intensifica. Luego de 2 días, acude a sesión de quimioterapia en Hospital Regional Docente Las Mercedes (HRDLM) donde deciden realizarle exámenes auxiliares. A los 3 días del ingreso, paciente presenta añadido al cuadro descrito, dolor tipo hincada en región costal e hipocondrio derecho, intensidad EVA=5/10, no irradiado, tipo hincada, que se exacerbaba a los movimientos bruscos y era permanente en reposo, no cediendo a medicamentos (paracetamol 1 tableta c/8h). Al momento del ingreso, el 20/12/14, la paciente se presentaba febril (38°C), taquicárdica, taquipleica e hipotensa (80/60).

Al examen físico, la paciente presentaba palidez ++/+++ , mucosas orales secas, con agitación, tendencia a la somnolencia por momentos; a la palpación se evidenciaban adenopatías axilares de 1x2 cm, supraclaviculares de 2x2 cm y cervicales 1x2 cm, todas bilaterales; hepatoesplenomegalia dolorosa; en el aparato respiratorio, presentaba: politeraje, con uso de musculatura accesoria, amplexación disminuida predominio derecho, MV disminuido 2/3 superiores de HTD y abolido 1/3 inferior HTD, MV audible en HTI, con crépitos escasos difusos a predominio de HTD ; en el

aparato CV se presentaban ruidos cardiacos taquicárdicos, no soplos, no ingurgitación yugular; así mismo traía exámenes auxiliares, realizados en atención particular y HRDLM que mostraban, anemia severa, sin alteración en otras series; igualmente leucocituria sin germen aislado.

Se realiza a paciente drenaje pleural, con obtención de muestra de líquido pleural para diagnóstico, con guía en el examen físico y Rx de tórax, traída por la paciente, donde se aprecia radiopacidad en 2/3 inferiores de HTD, que oblitera ángulo costofrénico ipsilateral (Fig. 1), obteniéndose dos muestras al 1er y 3er día de hospitalización ; donde se demuestra la existencia de líquido lechoso, así como incremento de concentración de triglicéridos en líquido pleural y se le solicita nueva analítica sanguínea y ecografías transvaginales, de igual manera en ambos días de hospitalización; donde se evidencia bienestar fetal adecuado; además, se inicia hidratación parenteral, solución analgésica y ceftriaxona 2gr EV c/24h.

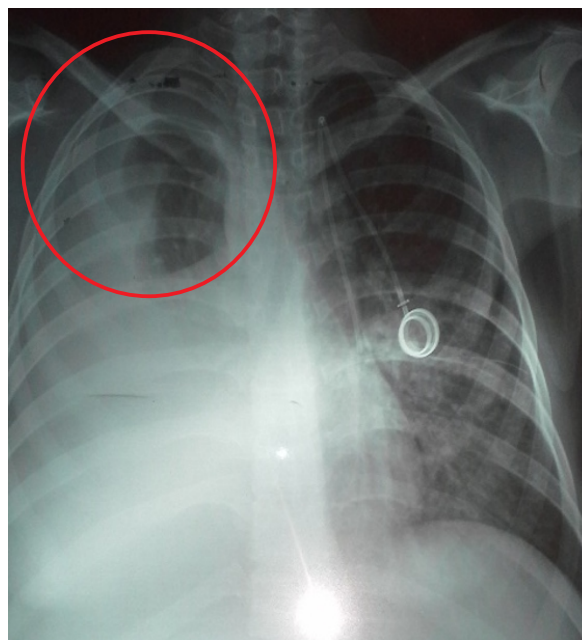


Figura 1

Radiografía de tórax. Se evidencia radiopacidad en 2/3 inferiores de HTD, con obliteración de ángulo costofrénico derecho.

Posteriormente, al 3er día de hospitalización, con resultados de analítica que muestran anemia moderada, leucopenia, plaquetopenia leve e hipoalbuminemia moderada, el paciente es evaluado por servicio de oncología, quien propone iniciar filgrastim 300 mg SC c/12h, así como junta médica para decidir manejo de paciente y gestación, reuniéndose con los servicios de Medicina Interna, Ginecología y Neonatología; donde se acuerda :Iniciar maduración fetal con dexametasona 6 mg IM C/12h x 04 dosis, culminar gestación al contar con cupo y ventilador

mecánico disponible en la unidad de UCI-Neonatología, iniciar esquema quimioterápico de 2da línea tras término de embarazo, brindar soporte transfusional y elaborar riesgo quirúrgico. El mismo día se inicia transfusión de 02 paquetes globulares isocompatibles en paciente, sin interurrencia durante el procedimiento.

El 5to día de hospitalización se retira drenaje pleural, debido a volumen de líquido residual 40cc, con gasto por drenaje 0cc/24h; así mismo es evaluada nuevamente por ginecología quienes encuentran los siguientes hallazgos al examen: cervix posterior, de aprox. 2 cm, consistencia intermedia, orificio cervical externo cerrado, no se evidencia sangrado activo. AP:0; LCF: 138/min ; en espera de comunicación por parte de UCI-Neo para culminar gestación.

El 7mo día; se realiza el servicio de ginecología realiza junta médica, donde se decide iniciar maduración cervical, ante la necesidad de iniciar tratamiento de enfermedad de fondo, previa información tanto a paciente y familiares y respectiva firma de consentimiento informado, iniciando con misoprostol 25 ug c/6h vía vaginal; con monitoreo materno-fetal estricto.

El día 9no de hospitalización ;a pesar de mantener maduración cervical, no se presentan cambios marcados en cervix, optándose por culminar la gestación mediante cesárea de emergencia al presentar paciente descompensación, pese a tratamiento instaurado y contándose con cupo en unidad de UCI-Neonatología; realizándose la intervención el día 10mo de hospitalización a la 1:30 a.m ;ocurriendo sin contratiempos durante el tiempo operatorio, obteniéndose recién nacido de 1520 gr, con APGAR 8⁽¹⁾ -8⁽⁶⁾; la paciente al momento de la redacción permanece en Unidad de Recuperación Post Anestésica y recién nacido pasó de UCI-Neo a la unidad de neonatología, ambos hemodinámicamente estables, con ventilación espontánea, en evolución favorable.

DISCUSIÓN

Nuestro paciente debuta con un cuadro de dificultad respiratoria, asociado a dolor tipo pleurítico; que al examen físico y la radiografía de tórax se evidenciaba derrame pleural en los 2/3 inferiores de HTD; que como respalda la literatura en los pacientes oncológicos es frecuente el desarrollo de derrames pleurales a menudo de gran tamaño, lo que lleva a la compresión del parénquima pulmonar adyacente, con el consecuente compromiso respiratorio⁽³⁾. Además la paciente presentaba múltiples adenopatías bilaterales, lo que respaldaba la etiología secundaria del derrame, debido a que en la Enfermedad de Hodgkin la presencia de éste derrame pleural suele asociarse habitualmente a grandes conglomerados ganglionares, hiliares o

mediastínicos que obstruyen el drenaje linfático⁽⁷⁾.

En el caso de la paciente; los datos obtenidos del análisis de las muestras de líquido pleural; aspecto lechoso, número de células mayor a 1000/ml, más de 70% de linfocitos, triglicéridos mayor a 110 mg/dl, cultivo estéril, cumplían con el diagnóstico de quilotórax, definido como la acumulación de quilo en el espacio pleural, líquido que fluye a través del conducto torácico⁽⁴⁾; que al afectar el HTD, presumiblemente, existía compromiso de la parte superior del conducto torácico, como apoyan los datos de la literatura revisada⁽⁸⁾.

En nuestra paciente se optó por el tratamiento conservador, con monitorización hemodinámica, aporte de nutrientes y la colocación del drenaje pleural permanente, para mejor cuantificación tanto del volumen como de la pérdida y para evitar las toracocentesis a repetición, disminuyendo el riesgo de infección y de engrosamiento pleural posteriores⁽³⁾. Se obtuvo después de 7 días un gasto diario de líquido pleural de 0cc; con un volumen residual hallado por ecografía torácica de 40 cc, razón por la cual se decidió retirar el drenaje pleural. No hubo necesidad de tratamiento quirúrgico en esta paciente ya que no existían los datos de una pérdida mayor a 1.500 ml/día por 5 días o drenaje continuo después de dos semanas de tratamiento médico como sugiere la bibliografía, además la mejoría clínica y la ausencia de recaídas posteriores, apoyaba lo efectivo de la terapia inicial⁽⁴⁾.

El parto debe ser pospuesto hasta tener seguridad de la madurez pulmonar fetal, sin comprometer la salud de la madre ni del feto. La cesárea de entrada no está recomendada, salvo que haya otra causa obstétrica⁽¹⁾.

En el caso de la coexistencia de la Enfermedad de Hodgkin con la gestación, la paciente venía recibiendo esquema ABVD, lo cual era lo acorde con la tendencia actual, que sugiere administrar la quimioterapia para todas las etapas de la gestación⁽⁹⁾; sin embargo, otras series no recomiendan este esquema quimioterápico durante el I trimestre, debido a que los datos obtenidos aún son limitados⁽¹⁰⁾. Por nuestra parte se procedió con monitorización materno-fetal estricta; además se planteó el término de la gestación por la vía más apropiada, la vaginal, iniciando para ello en primera instancia la maduración pulmonar fetal; que una vez culminada fuere seguida por la maduración cervical según protocolo; como sugiere la bibliografía revisada⁽¹⁾. Debido a la ausencia de cambios cervicales, pese a tratamiento instaurado y habiendo asegurado la maduración fetal; en el contexto del deterioro clínico gradual de la paciente, se decidió por la realización de cesárea, que como menciona la literatura, debe ser considerada solo en casos de emergencia o por causa obstétrica coexistente que complique el binomio materno-fetal⁽¹⁾. Se desarrolló la intervención

quirúrgica según protocolo del hospital sin complicaciones evidenciadas.

En conclusión y con respaldo en la literatura actual, el manejo conservador del quilotórax en el contexto de la Enfermedad de Hodgkin, aún con la coexistencia de la gestación, ofrece excelentes resultados y evita las complicaciones, así como las recidivas de un tratamiento invasivo, convirtiéndolo en el abordaje de elección en esta patología.

Conflictos de interés: Los autores niegan conflictos de interés.

Financiamiento: Autofinanciado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rojas B, Perella M, Ania A, Arribas T, Guardia L, González I, Carazo B. [Linfoma de Hodgkin y no Hodgkin durante la gestación: a propósito de dos casos. Rev Chil Obstet Ginecol. 2014; 79\(5\): 439 - 442.](#)
2. Hurley T, McKinell J. [Hematological malignancies in pregnancy. Obstet Gynecol Clin N Am. 2005;32:595-614.](#)
3. Itcovici N, Lamot S, Solís M, Roth B, Quadrelli S. [Complicaciones torácicas de las enfermedades malignas. Rev Am Med Resp. 2013; 3: 140-152](#)
4. Blaz Lesina B, María Aburto B. [Uso de octreotide \(análogo de somatostatina\) en un caso de quilotórax bilateral secundario a linfoma. Rev Méd Chile 2005; 133: 1473-1476](#)
5. Pereg D, Koren G, Lishner M. ["The treatment of Hodgkins and non-Hodgkins lymphoma in pregnancy. Haematologica 2007; 92\(09\):1230-1237](#)
6. McGrath E, Blades Z, Anderson P. [Chylothorax: Aetiology, diagnosis and therapeutic options. Respir Med. 2010;104:1-8](#)
7. Quintana RM, Domínguez E, Pastor C, Caminero L, Fernández R, Zarca MA et al. El linfoma y la pleura: linfoma pleural primario vs afectación pleural por linfoma sistémico. SERAM. XXXI Congreso nacional. 2012. pp. 1-13
8. Majoor CJ, Alirejo RP, Dekhuijzen PN, et al. [A rare cause of chylothorax and lymph edema. J Thorac Oncol 2007; 2: 247-248.](#)
9. Hodby K, Fields PA. [Management of lymphoma in pregnancy. Obstet Med 2009;2:46-51.](#)
10. Cardonick E, Iacobucci A. [Use of chemotherapy during human pregnancy. Lancet Oncol 2004;5:283-91.](#)

Correspondencia

Mannix Jonathan Gutiérrez Ponce.

Teléfono: : #985869541

Correo: theking_2043@hotmail.com

Revisión de pares

Recibido: 30/11/2015

Aceptado: 28/12/2015