

CERPO
CRS Cordillera Oriente
Hospital Luis Tisné Brousse

Caso Clínico: Quilotórax

Dra. Andrea Lagos V.

Centro de Referencia Perinatal Oriente (CERPO) - CRS Cordillera Oriente

Departamento de Obstetricia y Ginecología

Campus Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Abril 2013



Caso Clínico

- **Y.V.O. 26 años.**
- **Actividad: Educadora de párvulos.**
- **La Reina, Santiago.**

- **Primigesta**
- **Sin antecedentes mórbidos**
- **Grupo sanguíneo: O IV, Rh (+)**
- **FUR: 03/08/2012**
- **FURop: 27/07/2012**



Caso Clínico

- 1ª ECO: 25-10-2012
- Gestación de 12+6 sem.
- LCF (+) 156 x min.
- Trofoblasto homogéneo envolvente.
- LA normal.
- Hueso nasal: presente.
- TN: 1.8 (normal)
- Biometría discordante con FUR: FURop 27-07-12



Caso Clínico

- 2ª ECO: 03-12-2012
- Gestación de 18 + 3 sem.
- Feto único, en podálica.
- LCF (+) 160 x min.
- Placenta anterior normoinserta.
- LA normal.
- Anatomía impresionada normal.
- Sexo: Masculino.



Caso Clínico

- 3ª ECO: 30-01-2012
- **Gestación de 26 + 5 sem.**
- **Feto único, vivo, en cefálica. LCF (+) 145 x min.**
- **EPF 948 gr, p50**
- **Placenta anterior. LA normal.**
- **Comentario:**

Pielectasia bilateral leve, mayor a izquierda (D: 46 mm e I: 67 mm).

SE DERIVA PACIENTE A CERPO



Caso Clínico

- 4° ECO CERPO 07-03-2013:
- **Gestación de 31 + 6 sem.**
- **Feto único, vivo, en cefálica. LCF (+) normales.**
- **EPF 2.088 gr, p 75-90**
- **Placenta anterior. ILA 284 mm**
- **Anatomía:** **Edema prenatal 6.3mm**
 - Hidrotórax derecho 67 x 61 mm**
 - Pulmón derecho 50x18x41 mm (20cc)**
 - Pulmón izquierdo 25x22x31 mm (9cc)**
 - Corazón desplazado a izquierda.**



Caso Clínico

Conclusión:

- Hidrotótax derecho.
- Obs. Hipoplasia pulmonar bilateral.
- Pielectasia izquierda leve (D: 59mm, I: 87mm)
- PHA.

- Se cita a control en 4 días a CERPO, se solicita ecocardiografía y psicóloga.



Caso Clínico

- ECOCARDIOGRAFÍA CERPO: 11/03/12:
- Embarazo 32+3 sem. LA aumentado.
- Disfunción diastólica.
- Insuficiencia tricuspídea mínima.
- Hidrotoráx predominio derecho.
- Se indica maduración pulmonar.
- Se entrega información sobre shunt pleuroamniótico y se cita en 2 días.



Caso Clínico

- ECO CERPO 13-03-2013:
- Emb 35+2 sem.
- Feto vivo, LCF (+) 146x min.
- Cefálica. LA normal. Placenta alta anterior.
- Hidrotórax fetal de predominio derecho.
- Hídrops fetal



Caso Clínico





Caso Clínico

- 13-03-2013: Amniocentesis con instalación de Shunt pleuroamniótico en hemitórax derecho fetal, en hipocondrio izquierdo materno.
- Shunt pleuroamniótico normoinserto, con disminución de hidrotórax. Permeable al doppler.
- 20cc de LA a estudio citogenético y 20 cc de líquido pleural a estudio citoquímico.



Caso Clínico

- Estudio Citoquímico:

Aspecto: Transparente

Color: Amarillo

Sedimento: Hemático escaso

Glucosa: 82 mg/dl

Proteínas: 24.000,0 mg/L

Leucocitos: 300 x mm³

Fórmula diferencial: No se realiza

- Cultivo: Negativo



Caso Clínico

- **Fecha: 16-03-2013**
- **Parto vaginal eutócico. EG: 33+1 sem**
- **RN: sexo masculino**
- **PN: 2.485 gr**
- **Talla: 45 cm**
- **CC: 31 cm.**
- **Apgar: 5 – 8**

- **Estudio post natal: Quilotótax**



QUILOTÓRAX FETAL





Quilotórax Fetal

“Acumulación de linfa en el espacio pleural fetal”.

- Hidrotórax fetal: frecuencia 1:15.000 embarazos¹.
- 65% son quilotórax, uni o bilateral.²
- Más frecuente en varones y unilateral.
- Mortalidad perinatal cercana al 50%³.

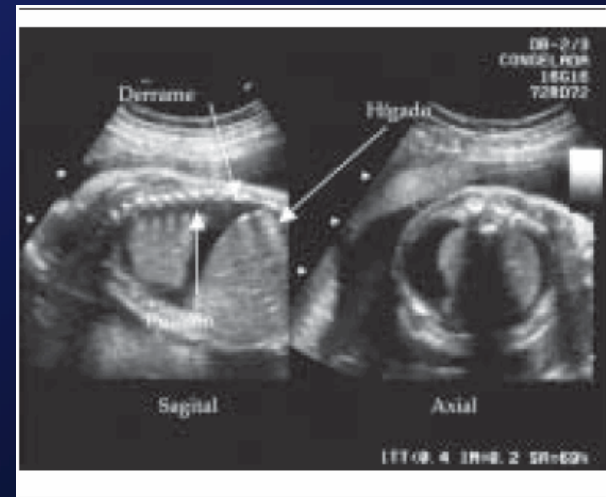
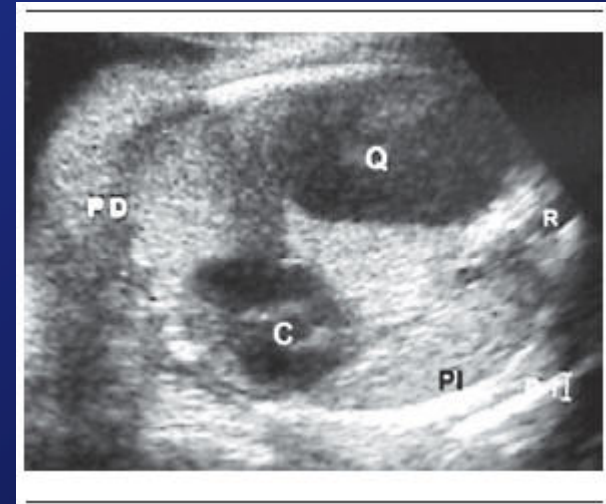


Causas

- **Anomalías en el sistema linfático:²**
 - **Atresia del conducto torácico**
 - **Fístulas del conducto torácico**
 - **Linfangectasia pulmonar o pleural**
 - **Resumación parietal pleural**
- **Alteraciones cardiovasculares**
- **Aneuploidías: Trisomía 18, Sd. Down, Turner, Noonan**
- **Infecciones**

Asociación

- **MAQ**
- **Secuestro pulmonar**
- **Hernia diafragmática congénita**
- **Cardiopatías congénitas**
- **Higroma Quístico**
- **Infecciones**



Diagnóstico prenatal

Ecografía:

- Área econegativa en el espacio pleural.
- Comprimir el parénquima pulmonar.
- Desplazar el mediastino al lado contrario.
- “Alas de murciélago”.





Diagnóstico

Estudio líquido pleural:

- Apariencia: lechosa
 - Post centrifugado: no aclara
 - Celularidad > 1000/ml
 - Linfocitos >70%
 - Proteínas > 20 g/L
 - pH: 7.4 a 7.8
 - Cultivo negativo.
-
- Tinción con Sudán III: quilomicrones naranjos.





Estudio complementario

- **Cariotipo fetal.**
- **Estudio serológico TORCH:**
 - **Toxoplasmosis**
 - **Rubéola**
 - **Citomegalovirus**
 - **Herpes simplex 1 y 2**
 - **Parvovirus.**
- **Descartar Isoinmunización Rh**



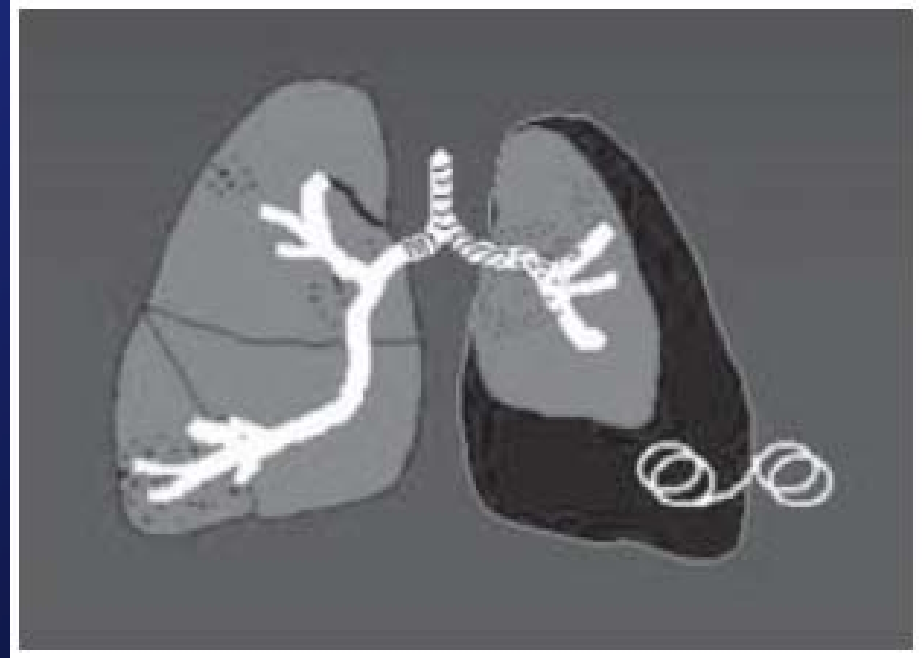
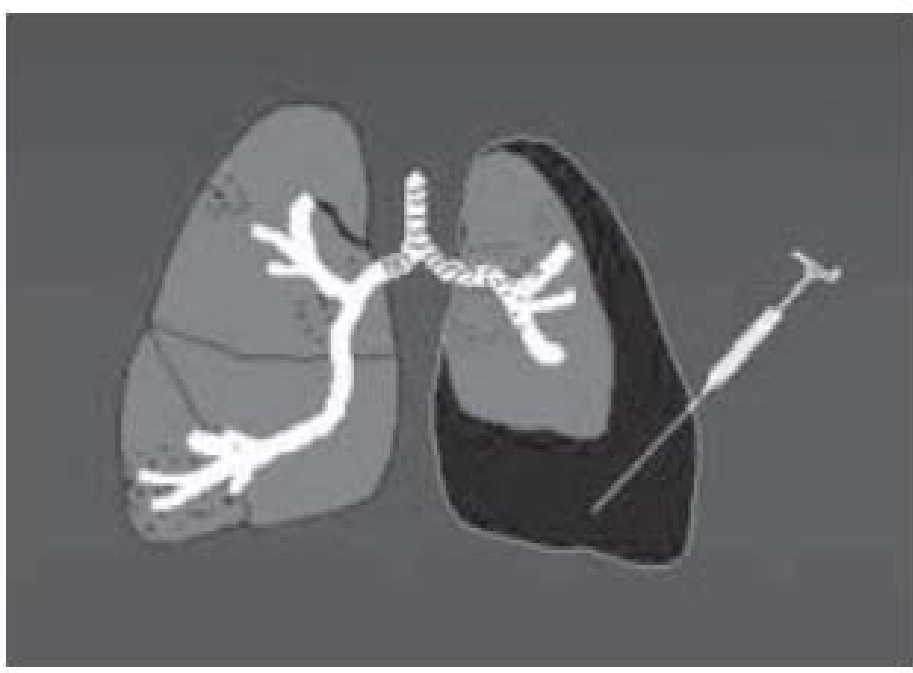
Complicaciones

- 1) **Hipoplasia pulmonar.**
- 2) **Hídrops:** Obstrucción de la vena cava, compresión cardiaca y falla cardiaca izquierda.
- 3) **Parto prematuro:** Compresión del mediastino, disminución de la deglución y PHA.



Manejo Fetal

- Observación con ecografía seriada.
- Terapia fetal: Toracocentesis vs Shunt pleuroamniótico.



Flores C., Ximena; Del Solar Z., Gastón; Sepúlveda L., Waldo. Hidrotórax fetal: Evaluación y manejo prenatal. Rev. Chil. Ultrason;5(1):4-12, 2002.

Terapia fetal



Toracocentesis



**Shunt Pleuro -
amniótico**



Terapia fetal

- **Prevenir hipoplasia pulmonar.**
 - **Prevenir PHA.**
 - **Mejorar la sobrevida.**
- **Aislado: sin terapia fetal SV 50% vs toracocentesis 58% y el shunt 78%.**
- **Fetos hidróticos: SV 12% sin terapia fetal vs 33% toracocentesis y shunt 50%**



¿ Cuándo intervenir?

Signos de gravedad:

- Hídrops fetal
- Desviación mediastínica
- PHA
- Crecimiento progresivo o aparición precoz.

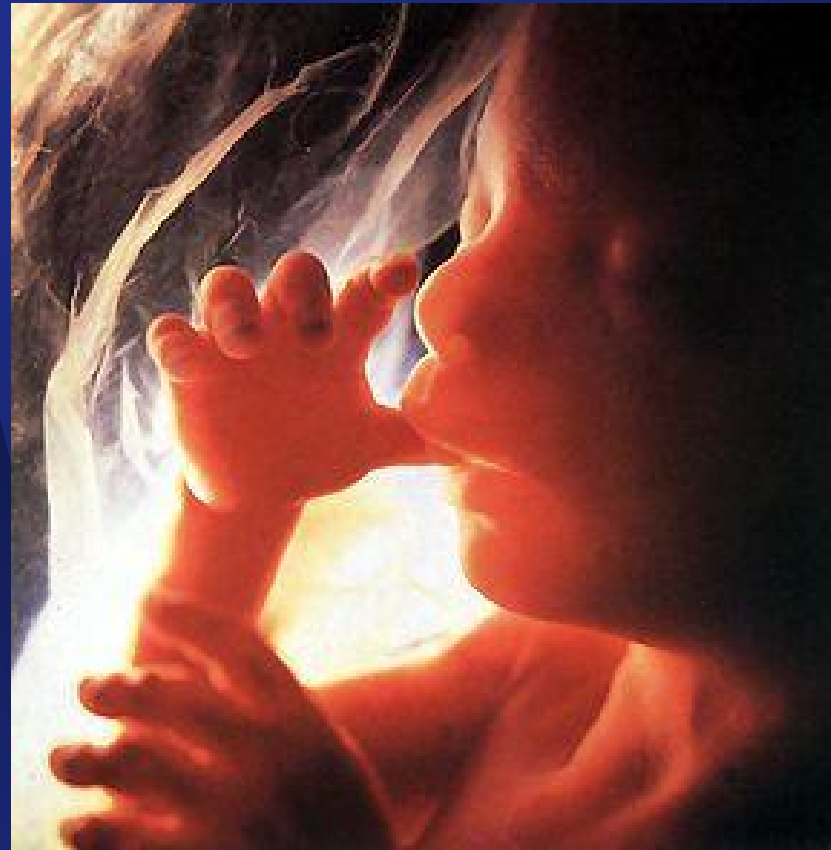


Conclusión

- **Quilotórax patología poco frecuente, pero que puede comprometer la vida del feto.**
- **Diagnóstico antenatal precoz y pesquisa de condiciones asociadas.**
- **Seguimiento y terapia fetal oportuna.**
- **Información y educación a la familia.**
- **Coordinación con equipo de neonatología.**



Muchas Gracias!!!





Bibliografía

- 1.- Peter W. Callen, MD. Ecografía en obstetricia y ginecología. Quinta edición. Cap. 13. Evaluación ecográfica del tórax fetal, pág 493-510.
- 2.- Zapardiel I, Valero J, De la Fuente J, Pérez R. Quilotórax fetal: ¿es benéfico su tratamiento prenatal? *Ginecol Obstet Mex* 2007;75(9):556-60.
- 3.- Longaker MT, Laberg JM, Dansereau J, et al. Primary fetal hydrothorax : Natural history and management. *J Pediatr Surg* 1989;24:573-6.
- 4.- Gratacós E., Gómez R., Nicolaidis K., Romero R., Cabero L. Medicina Fetal; Cap 29: Hidrotórax fetal, p289-292, 2007.
- 5.- Weber AM, Philipson EH. Fetal pleural effusion: A review and meta-analysis for prognostic indicators. *Obstet Gynecol* 1992;79:281-6.
- 6.- Flores C., Ximena; Del Solar Z., Gastón; Sepúlveda L., Waldo. Hidrotórax fetal: Evaluación y manejo prenatal. *Rev. Chil. Ultrason*;5(1):4-12, 2002.
- 7.- Blott M, Nicolaidis KH, Greenough A. Pleuroamniotic shunting for descompresion of fetal pleural effusion. *Obstet Gynecol* 71:798, 1988.
- 8.- Gallardo Gaona JM, Guzmán Huerta ME, Acevedo Gallegos S, Velázquez Torres B, Zapien Ovando AL. Thoracoamniotic shunts and thoracocentesis in fetal therapy. *Ginecol Obstet Mex* 2005;73(11):579-90.
- 9.- ELIAS, Diego et al. Manejo interdisciplinario de un quilotórax congénito complicado con hidropesía fetal. *Arch. argent. pediatr.*[online]. 2005, vol.103, n.2, pp. 171-174. ISSN 1668-3501.