

Quilotórax secundario a linfoma: diagnóstico y manejo en un caso clínico, Paraguay 2024

Chylothorax secondary to lymphoma: diagnosis and management in a clinical case, Paraguay 2024

Iván Alberto Núñez Guerrero¹ , Hugo Javier Benítez Ríos¹ , Sol Thalía Silvero Prieto² , Daniel Fernández González² 

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas. Asunción, Paraguay

²Universidad Católica de Asunción, Facultad de Ciencias de la Salud. Asunción, Paraguay

Cómo citar/How cite:

Núñez Guerrero IA, Benítez Ríos HJ, Silvero Prieto ST, Fernández González D. Quilotórax secundario a linfoma: diagnóstico y manejo en un caso clínico, Paraguay 2024. Rev. cient. cienc. salud. 2026;8: e8914. [10.53732/rccsalud/2026.e8914](https://doi.org/10.53732/rccsalud/2026.e8914)

Fecha de recepción:

30/10/2025

Fecha de revisión:

03/11/2025

Fecha de aceptación:

30/12/2025

Autor correspondiente:

Daniel Fernández González
e-mail:

dannpyo@gmail.com

Editor responsable:

Margarita Samudio 
Universidad del Pacífico.
Dirección de Investigación.
Asunción, Paraguay
e-mail:

margarita.samudio@upacifco.edu.py



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una [Licencia Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

RESUMEN

El quilotórax es una causa infrecuente de derrame pleural, caracterizada por la acumulación de quilo en el espacio pleural debido a la ruptura u obstrucción del conducto torácico o sus afluentes. En adultos, la etiología más común es la malignidad, especialmente los linfomas, responsables de aproximadamente el 70% de los casos no traumáticos. Se presenta el caso de una mujer de 37 años con disnea progresiva y dolor torácico interescapular sin antecedente traumático. Los estudios revelaron triglicéridos pleurales de 751 mg/dL y colesterol de 67 mg/dL, compatibles con quilotórax. Inicialmente fue manejada con drenaje pleural, pero ante la persistencia del débito se realizó toracotomía con decorticación, lavado y pleurodesis. El estudio histopatológico confirmó linfoma no Hodgkin como causa subyacente. El tratamiento del quilotórax se basa en el manejo de la patología de base y puede incluir medidas conservadoras (dieta libre de grasas, triglicéridos de cadena media, octreótide) o quirúrgicas ante fuga persistente. Este caso resalta la importancia del diagnóstico temprano y la estrategia terapéutica multidisciplinaria en pacientes con quilotórax asociado a neoplasias linfoproliferativas. El quilotórax espontáneo secundario a linfoma representa un desafío diagnóstico y terapéutico. El reconocimiento oportuno y la intervención integral son fundamentales para reducir la morbilidad y mejorar el pronóstico del paciente.

Palabras clave: quilotórax; linfoma no hodgkin; derrame pleural; pleurodesis; octreótido, estudio de caso

ABSTRACT

Chylothorax is a rare cause of pleural effusion characterized by the accumulation of chyle in the pleural space due to rupture or obstruction of the thoracic duct or its tributaries. In adults, the most common etiology is malignancy, particularly lymphomas, which account for approximately 70% of non-traumatic cases. We report the case of a 37-year-old woman presenting with progressive dyspnea and interscapular chest pain without a history of trauma. Pleural fluid analysis revealed triglycerides of 751 mg/dL and cholesterol of 67 mg/dL, consistent with chylothorax. The patient was initially managed with pleural drainage; however, due to persistent output, a right thoracotomy with decortication, lavage, and pleurodesis was performed. Histopathological examination confirmed non-Hodgkin lymphoma as the underlying cause. The management of chylothorax focuses on treating the underlying disease and may include conservative measures (fat-free diet, medium-chain triglycerides, octreotide) or surgical intervention for persistent leakage. This case highlights the importance of early diagnosis and a multidisciplinary therapeutic approach in patients with chylothorax associated with lymphoproliferative neoplasms. Spontaneous chylothorax secondary to lymphoma represents a diagnostic and therapeutic challenge. Timely recognition and comprehensive management are essential to reduce morbidity and improve patient outcomes.

Key words: chylothorax; lymphoma non-hodgkin; pleural effusion; pleurodesis; octreotide, case reports

INTRODUCCIÓN

Los derrames pleurales constituyen una complicación frecuente y multifactorial en la práctica clínica, observándose en diversas patologías respiratorias, cardíacas, infecciosas, neoplásicas y sistémicas⁽¹⁾. Se estima que más de un millón de personas al año desarrollan un derrame pleural en los países de ingresos altos, y el derrame pleural maligno representa una causa importante de morbilidad y deterioro de la calidad de vida⁽²⁾. El quilotórax es una condición infrecuente que representa aproximadamente el 2-3% de todos los derrames pleurales en adultos^(2,3).

El quilotórax se caracteriza por la acumulación de quilo (un fluido linfático rico en triglicéridos, quilomicrones y linfocitos) en el espacio pleural como consecuencia de la lesión, ruptura u obstrucción del conducto torácico o de sus afluentes^(3,4). Puede clasificarse de manera práctica en traumático (generalmente posquirúrgico o postraumático) y no traumático, y su epidemiología difiere entre población pediátrica y adulta⁽⁴⁾. En los adultos, el quilotórax representa una fracción mínima de todos los derrames pleurales, pero su reconocimiento es crucial por la elevada morbimortalidad asociada cuando el diagnóstico y el manejo se retrasan^(5,6).

En el quilotórax no traumático, la etiología más frecuente es la neoplásica, siendo los linfomas, en particular el linfoma no Hodgkin y, dentro de ellos, el linfoma difuso de células B grandes, responsables de hasta el 70% de los casos^(7,8). La obstrucción o infiltración tumoral del conducto torácico, así como el aumento de la presión linfática central, favorecen la fuga de quilo hacia el espacio pleural^(3,4). Estudios recientes en pacientes con trastornos linfoproliferativos muestran que el quilotórax, aunque infrecuente, puede condicionar retrasos en la quimioterapia, desnutrición severa y complicaciones infecciosas, y en ocasiones requiere abordajes intervencionistas complejos^(6,7). Diversos reportes de caso de linfoma asociado a quilotórax en Asia, Europa y América Latina ilustran la variabilidad clínica de esta entidad, pero también la ausencia de series amplias que orienten la toma de decisiones^(9,10).

El diagnóstico de quilotórax puede orientarse por el aspecto lechoso del líquido pleural, pero no es patognomónico y puede confundirse con pseudoquilotorax o empiema^(3,4). Pero se establece mediante el análisis del líquido pleural, mediante el dosaje de triglicéridos y colesterol pleural considerando diagnóstica una concentración de triglicéridos >110 mg/dL asociado a colesterol <200 mg/dL, y la demostración de quilomicrones mediante electroforesis de lipoproteínas en casos dudosos^(3,4).

En cuanto al manejo, existe consenso en adoptar una estrategia escalonada que incluya medidas conservadoras (drenaje pleural, restricción de grasas de cadena larga, dieta con triglicéridos de cadena media o nutrición parenteral, y análogos de somatostatina) y, en los casos de alto débito o persistencia, procedimientos intervencionistas o quirúrgicos^(3,4). En la última década, el desarrollo de técnicas avanzadas de imagen linfática —como la linfangiografía por resonancia magnética (MRL), la linfangiografía intranodal dinámica y la radiología intervencionista dirigida al sistema linfático— ha permitido visualizar con mayor precisión el trayecto del conducto torácico, localizar el sitio de fuga y realizar embolización percutánea del conducto o de vasos linfáticos patológicos, con tasas de éxito crecientes en series especializadas^(11,12). En los casos refractarios, la cirugía (ligadura del conducto torácico, pleurodesis o decorticación) o la embolización del conducto torácico representan alternativas efectivas⁽⁴⁾.

En la literatura revisada no se identificaron casos publicados de quilotórax asociado a linfoma en Paraguay, lo que resalta el valor de comunicar experiencias locales que contribuyan a visibilizar esta complicación en nuestro medio, así como a reforzar la importancia de un abordaje multidisciplinario entre neumología, hematología-oncología, radiología intervencionista, nutrición y cirugía torácica. Sobre esta base, presentamos el caso de un quilotórax no traumático secundario a linfoma en un paciente adulto en

Paraguay, describiendo su diagnóstico y manejo, y discutiéndolo a la luz de la literatura actual.

REPORTE DE CASO

Se trata de una paciente de sexo femenino de 37 años de edad, sin antecedentes patológicos relevantes, que consultó inicialmente en el servicio de Urgencias del Hospital Central de IPS ubicado en la ciudad de Asunción en agosto 2024 por un cuadro de disnea progresiva de una semana de evolución.

La disnea inicio a moderados esfuerzos y fue progresando hasta presentarse en el reposo. Asociado a dolor torácico interescapular de tipo punzante, sin fiebre, tos ni expectoración. Niega traumatismos previos o intervenciones quirúrgicas torácicas recientes.

Al examen físico se encontraba con hemodinamia estable con presión arterial 110/70 mmHg, frecuencia cardíaca 90 lpm, frecuencia respiratoria de 20 rpm y saturación de oxígeno de 95% con aire ambiente. A la auscultación se constató hipoventilación en base y campo medio en hemitórax derecho y matidez a la percusión, sin signos de insuficiencia respiratoria aguda.

Se realizó radiografía de tórax, que evidenció velamiento completo del hemitórax derecho (Figura 1), y posteriormente tomografía computarizada, que confirmó la presencia de un derrame pleural de gran volumen sin masa pulmonar evidente (Figura 2).

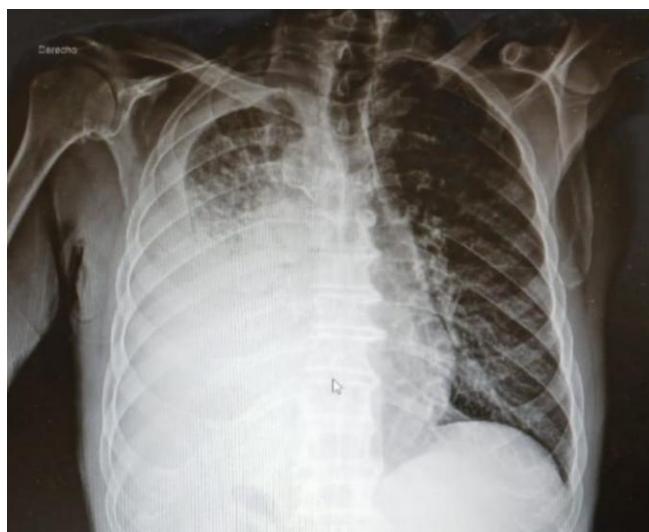


Figura 1. Radiografía de tórax que muestra velamiento completo del hemitórax derecho



Figura 2. TAC de tórax evidenciando derrame pleural derecho de gran volumen

Se procedió a toracocentesis diagnóstica, obteniéndose líquido pleural lechoso, turbio y de aspecto quílico. El análisis bioquímico del líquido pleural mostró triglicéridos de 751 mg/dL y colesterol de 67 mg/dL, confirmando el diagnóstico de quilotórax. (Tabla 1)

Tabla 1. Parámetros bioquímicos del líquido pleural

Parámetro	Resultado
Triglicéridos	751 mg/dl
Colesterol	67 mg/dl
Proteínas	2,9 g/L
LDH	90 U/L
Cociente Colesterol/Triglicéridos	0,09
Aspecto	Lechoso

Los estudios microbiológicos fueron negativos para *Mycobacterium tuberculosis* y otros patógenos. Serologías para VIH y VDRL resultaron no reactivas.

Durante la internación se colocó un tubo de drenaje pleural derecho, con evacuación inicial de aproximadamente 1500 mL de líquido quílico. El débito promedio fue de aproximadamente 650 mL/día durante los primeros 10 días de drenaje pleural, sin tendencia a la disminución.

Se realizó manejo conservador durante 14 días que consistía en: dieta libre de grasas de cadena larga; suplementación con triglicéridos de cadena media (TCM); valoración nutricional integral; reposición hidroelectrolítica acorde al volumen drenado, el débito persistió elevado por más de dos semanas, motivo por el cual se decidió tratamiento quirúrgico.

Se realizó toracotomía posterolateral derecha, constatándose alrededor de 1800 mL de líquido lechoso tabicado y paquipleuritis, procediéndose a decorticación pulmonar, lavado pleural y pleurodesis química (Figura 3). No se identificó punto anatómico de fuga evidente.



Figura 3. Toracotomía derecha mostrando cavidad pleural ocupada por líquido quílico espeso asociado a paquipleuritis, previo a decorticación pulmonar

El análisis histopatológico de ganglios linfáticos reveló infiltración por linfoma no Hodgkin, constituyendo la causa subyacente del quilotórax espontáneo. La paciente evolucionó favorablemente, con desaparición del débito pleural y expansión pulmonar completa. Fue dada de alta con seguimiento multidisciplinario por los servicios de Oncología y Cirugía de Tórax.

Tanto para la descripción del caso como el uso de imágenes, se obtuvo el consentimiento informado de la paciente.

DISCUSIÓN

El quilotórax representa una entidad infrecuente dentro de los derrames pleurales, con una incidencia estimada de 1 caso por cada 10.000 hospitalizaciones^(1,4). Se origina por la ruptura, lesión u obstrucción del conducto torácico o de sus tributarios, lo que provoca la extravasación de linfa intestinal (quilo) hacia la cavidad pleural^(3,4). Desde el punto de vista fisiopatológico, el conducto torácico transporta diariamente entre 1,5 y 2,5 litros de linfa rica en triglicéridos, proteínas y linfocitos desde el sistema linfático intestinal hasta el sistema venoso subclavio izquierdo. Cuando se interrumpe este flujo, el líquido linfático se acumula en el espacio pleural, generando un desequilibrio entre la presión linfática intraductal y la presión pleural negativa⁽³⁾.

En el contexto no traumático, los linfomas —particularmente el linfoma no Hodgkin— constituyen la principal causa del quilotórax, debido a la infiltración tumoral o compresión extrínseca del conducto torácico^(3,5). Esta fisiopatología explica el caso presentado, en el cual el diagnóstico histológico confirmó linfoma no Hodgkin, responsable del flujo persistente de quilo. La afectación linfática extensa puede generar una obstrucción progresiva, aumentando la presión intraluminal y favoreciendo la rotura espontánea de los vasos linfáticos⁽⁵⁾.

El diagnóstico diferencial del quilotórax debe realizarse con otras causas de derrames pleurales de aspecto lechoso, especialmente el pseudoquilotórax y el empiema pleural. El pseudoquilotórax se caracteriza por una acumulación crónica de líquido rico en colesterol, sin presencia de quilomicrones, y suele asociarse a pleuritis de larga evolución o tuberculosis pleural^(3,4); por otro lado, el empiema pleural, aunque puede tener aspecto turbio o blanquecino, se diferencia por su contenido purulento, pH bajo y cultivo bacteriano positivo⁽¹²⁾, en cambio, el quilotórax presenta triglicéridos >110 mg/dL, colesterol <200 mg/dL y relación colesterol/triglicéridos <1 , hallazgos que estuvieron presentes en nuestra paciente^(4,5).

En cuanto al manejo terapéutico, la estrategia debe individualizarse según la etiología y el volumen del débito quílico, un tratamiento conservador es la primera línea en la mayoría de los casos, e incluye una dieta libre de grasas de cadena larga, la suplementación con triglicéridos de cadena media, y el uso de análogos de somatostatina (octreótido), que reducen la presión linfática y el flujo de quilo^(3,5).

El abordaje quirúrgico es más complejo debido a la variabilidad anatómica del conducto torácico y a la dificultad para identificar con precisión el sitio de fuga, especialmente en presencia de infiltración tumoral.⁽¹³⁾

Estudios recientes muestran que la ligadura del conducto torácico y la pleurodesis presentan tasas de éxito superiores al 80%, aunque estos procedimientos también conllevan riesgos inherentes, como fuga persistente, quilotórax recidivante o infecciones posquirúrgicas⁽¹⁴⁾.

En casos de fuga persistente, el tratamiento quirúrgico o intervencionista (ligadura del conducto torácico, pleurodesis o embolización torácica guiada por imagen)⁽¹⁵⁾ constituye la alternativa de elección, con tasas de éxito reportadas superiores al 80%⁽¹³⁾.

La paciente del presente caso requirió decorticación y pleurodesis debido al fracaso del manejo conservador, con resolución definitiva del derrame, lo cual coincide con los resultados de Nadolski e Itkin, quienes describieron tasas de éxito elevadas tras la intervención quirúrgica o radiológica en quilotórax refractario.¹⁵ Este caso subraya la importancia de un abordaje multidisciplinario entre los servicios de medicina interna, cirugía torácica, oncología y nutrición, dado el riesgo de desequilibrios electrolíticos, malnutrición e inmunosupresión secundaria a la pérdida de linfa⁽¹⁴⁾.

CONCLUSIÓN

El quilotórax es una entidad infrecuente en los adultos y debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de los derrames pleurales de gran volumen, si presentan aspecto lechoso. La sospecha inicial en este estudio de caso surgió a partir de la clínica y los hallazgos en radiografía simple y la tomografía computarizada, mostraron la presencia de un derrame extenso y homogéneo.

El análisis bioquímico del líquido pleural, la medición de triglicéridos, colesterol y LDH, junto con la identificación de quilomicrones permitieron distinguirlo de otras entidades como el pseudoquilotórax y el empiema pleural, confirmando así la sospecha diagnóstica inicial.

El manejo fue escalonado, iniciando con medidas conservadoras que incluyeron drenaje pleural, dieta modificada y evaluación nutricional integral. Debido a que la reducción del débito fue insuficiente, se valoraron las intervenciones quirúrgicas que presentan buenas tasas de éxito, aunque con riesgos inherentes.

El caso presentado reviste particular importancia, no solo por la rareza del quilotórax no traumático secundario a linfoma, sino también porque no existen reportes previos publicados en Paraguay, lo que resalta la necesidad de documentar y difundir estas presentaciones para fortalecer el conocimiento clínico local y promover un abordaje multidisciplinario oportuno que mejore los resultados en los pacientes afectados.

Declaración de los autores: Los autores aprueban la versión final del artículo.

Aprobación de ética: Dictamen comité de Ética del Instituto de Previsión Social: CEI/IPS/22/09/25/7

Declaración de conflicto de interés: Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Contribución de los autores:

- Conceptualización: Iván Alberto Núñez Guerrero
- Curación de datos: Iván Alberto Núñez Guerrero, Hugo Javier Benítez Ríos
- Análisis formal: Sol Thalía Silvero Prieto
- Investigación: Iván Alberto Núñez Guerrero, Hugo Javier Benítez Ríos
- Metodología: Daniel Fernández González
- Redacción – borrador original: Iván Alberto Núñez Guerrero, Hugo Javier Benítez Ríos, Sol Thalía Silvero Prieto
- Redacción – revisión y edición: Daniel Fernández González

Financiamiento: Este trabajo ha sido autofinanciado por los autores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Botana-Rial MI, Leiro-Fernández V, Represas-Represas C, López González FJ, Porcel JM, Rodríguez M, et al. Diagnosis and treatment of pleural effusion. *Arch Bronconeumol.* 2023;59(1):27-35. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2022.09.017>
2. Jacobs B, Sheikh G, Youness HA, Keddissi JI, Abdo T. Diagnosis and management of malignant pleural effusion: a decade in review. *Diagnostics (Basel).* 2022;12(4):1016. <https://doi.org/10.3390/diagnostics12041016>
3. Bhatnagar M, Fisher A, Ramsaroop S, Carter A, Pippard B. Chylothorax: pathophysiology, diagnosis, and management—a comprehensive review. *J Thorac Dis.* 2024;16(2):1645-1661. <https://doi.org/10.21037/jtd-23-1636>
4. Ur Rehman K, Sivakumar P. Non-traumatic chylothorax: diagnostic and therapeutic strategies. *Breathe (Sheff).* 2022;18(2):210163. <https://doi.org/10.1183/20734735.0163-2021>
5. Porcel JM, Bielsa S, Civit C, Aujayeb A, Janssen J, Bodtger U, et al. Clinical characteristics of chylothorax: results from the International Collaborative Effusion database. *ERJ Open Res.* 2023;9(5):00091-2023. <https://doi.org/10.1183/23120541.00091-2023>

6. Pospíškova J, Smolej L, Belada D, Simkovic M, Motyckova M, Sykorova A, et al. Experiences in the treatment of refractory chylothorax associated with lymphoproliferative disorders. *Orphanet J Rare Dis.* 2019;14(1):9. <https://doi.org/10.1186/s13023-018-0991-3>
7. Wagenpfeil J, Hoß K, Henkel A, Kütting D, Luetkens JA, Feldmann G, et al. Interventional treatment of refractory non-traumatic chylous effusions in patients with lymphoproliferative disorders. *Clin Exp Med.* 2024;24:63. <https://doi.org/10.1007/s10238-024-01312-4>
8. Litvin R, Razok A, Dasgupta M, Martinez Trevino E, Saad Eldin M, Fakhran S. Nontraumatic chylothorax: a case series from a safety-net hospital. *Ann Intern Med Clin Cases.* 2023;2(9). <https://doi.org/10.7326/aimcc.2023.0119>
9. Darshini V Jr, Arshad AM, Ayub II, Dhanasekar T. A case of chylothorax in non-Hodgkin lymphoma. *Cureus.* 2024;16(10):e71957. <https://doi.org/10.7759/cureus.71957>
10. Wijaya SY, Koesoemoprodjo W. Indonesian female with bilateral chylothorax and mediastinal non-Hodgkin lymphoma: a case report. *Int J Surg Case Rep.* 2023;102:107827. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2022.107827>
11. Benjamin J, O'Leary C, Hur S, Gurevich A, Klein WM, Itkin M. Imaging and interventions for lymphatic and lymphatic-related disorders. *Radiology.* 2023;307(3):e220231. <https://doi.org/10.1148/radiol.220231>
12. Kim EY, Hwang HS, Lee HY, Cho JH, Kim HK, Lee KS, et al. Anatomic and functional evaluation of central lymphatics with noninvasive magnetic resonance lymphangiography. *Medicine (Baltimore).* 2016;95(12):e3109. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000003109>
13. Gurevich A, Hur S, Singhal S, DiBardino D, Haas AR, Hansen-Flaschen JH, et al. Nontraumatic chylothorax and chylopericardium: diagnosis and treatment using an algorithmic approach based on novel lymphatic imaging. *Ann Am Thorac Soc.* 2022;19(5):756-762. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.202103-2620C>
14. Nadolski GJ, Itkin M. Thoracic duct embolization for nontraumatic chylous effusion: experience in 34 patients. *Chest.* 2013;143(1):158-163. <https://doi.org/10.1378/chest.12-0526>
15. Kim PH, Tsauo J, Shin JH. Lymphatic interventions for chylothorax: a systematic review and meta-analysis. *J Vasc Interv Radiol.* 2018;29(2):194-202.e4. <https://doi.org/10.1016/j.jvir.2017.10.006>