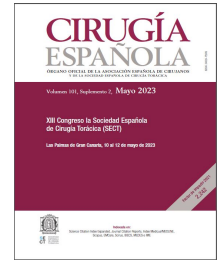




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-10 - LIGADURA DEL CONDUCTO TORÁCICO EN PACIENTE CON QUILOTÓRAX PRIMARIO

Jon Ander Lizarbe Bon, Arantza Fernández-Monge, Borja Aguinagalde, Iker López, José Miguel Izquierdo y Jon Zabaleta

Hospital Universitario Donostia, San Sebastián.

Resumen

Introducción: Se presenta un caso de ligadura del conducto torácico por VATS para tratamiento del quilotórax primario.

Caso clínico: Mujer de 34 años, fumadora, sin antecedentes medicoquirúrgicos de interés. Presenta disnea de esfuerzo, tos, dolor pleurítico y pérdida de peso de dos meses de evolución. En la radiografía de tórax se visualiza un derrame pleural derecho. Se realiza una toracocentesis diagnóstica obteniendo un líquido lechoso. Bioquímicamente corresponde a un exudado de predominio linfocitario con triglicéridos elevados, compatible con quilotórax. En el TAC torácico se objetiva, además del derrame pleural derecho, unas lesiones que sugieren adenopatías sospechosas en mediastino posterior. Sin visualizar otras lesiones sospechosas de malignidad. Se realiza PET-TAC torácico que describe imágenes nodulares en mediastino posterior de hasta 11 mm que no presentan incremento del metabolismo. Para completar el estudio se realiza RM que describe las lesiones como estructuras quísticas de aspecto tubular sugestivas de ectasia del sistema linfático, de localización posterior a los vasos iliacos, a nivel retrocrurol y en mediastino posterior. En ausencia de traumatismo o cirugía previas y habiendo descartado malignidad, los hallazgos sugieren obstrucción o rotura del sistema linfático torácico en contexto de malformación linfática. La paciente es hospitalizada, se coloca drenaje torácico y se inicia dieta absoluta y nutrición parenteral total. Ante la ausencia de mejoría con tratamiento conservador se decide realizar linfografía y embolización del conducto torácico. Bajo control ecográfico se puncionan tres ganglios linfáticos inguinales y se instala lipiodol. Tras 4 horas se aprecia progresión del contraste a los linfáticos pélvicos, sin opacificación de la cisterna del quilo ni del conducto torácico. Se intenta punción de la cisterna guiada por referencias anatómicas, sin conseguirse. Se realiza TAC de control a las 24 horas observando ausencia de progresión del contraste. Debido a la persistencia del quilotórax a pesar del tratamiento conservador y la imposibilidad de realizar embolización del conducto torácico se decide realizar exploración y ligadura del conducto torácico por VATS. Inicialmente encontramos un quilotórax loculado con múltiples tabicaciones y adherencias. Se evacúa el quilotórax y se liberan las adherencias. Realizamos una inspección del trayecto teórico del conducto torácico sin encontrar ningún punto de fuga evidente, por lo que se decide realizar una ligadura del conducto lo más caudal posible. Se abre la pleura mediastínica disecando y exponiendo el esófago, el conducto torácico que presenta un aspecto claramente hipertrófico y la vena ácigos. Se pinza y secciona el conducto con clips quirúrgicos y endograpadora. Se coloca drenaje torácico y se finaliza la intervención. La

evolución posoperatoria es muy satisfactoria con cese del débito quiloso inmediato. Se inicia ingesta de agua a las 48h y se progresa a dieta sin grasas a las 72 h. Al 5º día posoperatorio se retira el drenaje y la paciente es dada de alta. A los 5 meses la paciente se encuentra asintomática desde el punto de vista respiratorio y sin recidiva radiológica.

Discusión: La ligadura quirúrgica del conducto torácico por videotoracoscópica es una opción factible en casos de quilotórax a pesar de no presentar fuga o rotura objetivable.