



P-078 - FÍSTULA QUILOSA DE ALTO DÉBITO POSTERIOR A LINFADENECTOMÍA CERVICAL TRATADA MEDIANTE EMBOLIZACIÓN DE CONDUCTO TORÁCICO: REPORTE DE UN CASO

Galavíz Sosa, María Luisa; Larrañaga, Itziar; Mitru, Claudia; Sampson, Jaime; Díaz Cuadrado, Iván; Delgado Rivilla, Salvadora

Hospital Mutua, Terrassa.

Resumen

Introducción: La fístula de conducto torácico posterior a linfadenectomía cervical es una complicación rara pero potencialmente letal con una incidencia que varía entre 0,6-1,4 en disecciones centrales y 4,5-8,3% en disecciones laterales de cuello. Puede producir complicaciones de la herida quirúrgica, desbalance electrolítico y pérdida de proteínas condicionando a inmunosupresión y desnutrición que pueden llegar a ser severas y hasta producir la muerte del paciente si no se trata de forma temprana. En la mayoría de los casos se optará por un manejo conservador consistiendo en drenaje del quilo, dieta alta en triglicéridos de cadena media y análogos de la somatostatina, resolviendo la fuga en la mayoría de los casos. En aquellos pacientes con fístulas de alto débito o en los que fracase el tratamiento conservador clásicamente se realiza ligadura del conducto torácico. Con el desarrollo de técnicas mínimamente invasivas hoy en día podemos evitar la cirugía y optar por la embolización del conducto torácico.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente masculino de 57 años con antecedente de carcinoma papilar de tiroides tratado con tiroidectomía total y linfadenectomía central tres años antes. En la anatomía patológica se confirmó el diagnóstico y se evidenció metástasis en cuatro ganglios linfáticos. Durante ecografía de seguimiento se manifestaron dos adenopatías en área IV izquierda y una paratraqueal del mismo lado la cual mediante punción con aguja fina se confirmó la presencia de metástasis de carcinoma papilar. Se procedió a realizar linfadenectomía radical modificada izquierda y durante el procedimiento quirúrgico se evidenció una lesión del conducto torácico cerca de su desembocadura en la vena subclavia izquierda. Inmediatamente se realizó ligadura del mismo con sutura absorbible y se dejó un drenaje en el lecho quirúrgico. El primer día posoperatorio se objetivó un débito quiloso de 1.200 cc aproximadamente por lo que se inició dieta hipolipídica y análogos de somatostatina sin evidenciar disminución del débito los días posteriores por lo que se trasladó al paciente a un centro con servicio de radiología intervencionista y se realizó linfografía que evidenció fuga de lipidiol a nivel cervical y posteriormente embolización del conducto torácico en ese nivel. El día siguiente a la intervención se evidenció una disminución del débito a la mitad que progresivamente disminuyó hasta ser nulo por lo que se retiró el drenaje y se trasladó al paciente a su domicilio.

Discusión: La embolización del conducto torácico es una técnica mínimamente invasiva la cual debe

ser tomada en cuenta por cirujanos de cuello como alternativa a la ligadura del conducto torácico ya que ha demostrado ser eficaz y factible en el tratamiento de fístulas quilosas de alto débito.