



## P-081 - MANEJO DE LA FÍSTULA QUILOSA TRAS CIRUGÍA TIROIDEA REGLADA

Rubio Castellanos, Cristina; López-Cantarero García-Cervantes, Manuel; Sacristán Pérez, Cristina; Díaz García, Mercedes; Marín Velarde, Consuelo

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

### Resumen

**Introducción:** A pesar de que la lesión del nervio laríngeo recurrente y la hipocalcemia siguen siendo las complicaciones más comunes después de una tiroidectomía, la fístula quilosa por lesión del conducto torácico o uno de sus afluentes tras la disección y linfadenectomía cervical es una complicación infrecuente pero que no debe ser subestimada. Su incidencia oscila entre el 0,5% y el 8,3% y se asocia a disecciones ganglionares amplias.

**Caso clínico:** Mujer de 24 años con antecedentes de tiroidectomía total con vaciamiento central y disección radical modificada derecha acude a consulta por presencia de tumoración en cuello de meses de evolución. Se realiza ecografía cervical donde se objetiva extensa enfermedad metastásica ganglionar cervical y en mediastino superior. La paciente es intervenida por nuestro equipo completándose la tiroidectomía total, ya que quedaban restos tiroideos de la cirugía previa, junto con vaciamiento ganglionar central bilateral y laterocervical funcional bilateral. Al segundo día posoperatorio el drenaje comienza a presentar cambios en el aspecto convirtiéndose este en líquido lechoso y aumento de su cuantía hasta los 100 centímetros cúbicos. Dadas las características clínicas se deja a la paciente en dieta absoluta, con control de débito y aspecto del drenaje y se manda muestra a microbiología y bioquímica, confirmando una cuantía mayor de 100 mg/dL de triglicéridos en dicha muestra. El cuarto día posoperatorio se decide retirada de drenaje e inicio de tolerancia a dieta blanda exenta en grasas. En este caso la buena evolución de la paciente hizo innecesario el uso de nutrición parenteral u octeotrida. Dada la buena evolución clínica se decide alta hospitalaria el octavo día posoperatorio con posterior control en consultas externas de endocrinología para control dietético y de cirugía general.

**Discusión:** La buena práctica clínica recomienda el tratamiento conservador en fístulas de bajo débito (menor de 500 cm<sup>3</sup>/día), que no porten drenaje o fistulas de aparición tardía, mediante el uso de vendajes compresivos, punciones evacuadoras, dieta absoluta y posterior sustitución de ácidos grasos de cadena larga por cadena media y en casos que no responden iniciar nutrición parenteral junto con octeotrida subcutánea a dosis 0,1 ug cada ocho horas. Si se realiza tratamiento quirúrgico por fracaso del tratamiento conservador o en casos de fístulas de alto débito o fistulas precoces, es preferible la realización de microanastomosis venosas del conducto torácico realizándose una reparación funcional, aunque actualmente el tratamiento quirúrgico más realizado es la sutura simple del propio conducto.