



## P-168 - LINFANGIOGRAFÍA INTRANODAL Y EMBOLIZACIÓN PERCUTÁNEA DEL CONDUCTO TORÁCICO COMO TRATAMIENTO DEL QUILOTÓRAX POSESOFAGUECTOMÍA

Cisterne López, Cristian<sup>1</sup>; Martínez Cortijo, Sagrario<sup>1</sup>; Álvarez Antolínez, Mariano<sup>1</sup>; Alfageme Zubillaga, Marta<sup>1</sup>; de La Cruz Burgos, Raúl Alberto<sup>1</sup>; Hernando Trancho, Florentino<sup>2</sup>; Cuartero Desviat, Beatriz<sup>1</sup>; Rodríguez Marín, Daniela<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fundación Hospital Alcorcón, Alcorcón; <sup>2</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** El quilotórax es un acúmulo de linfa en el espacio pleural a consecuencia de alteraciones en el drenaje a través del conducto torácico. Se trata de una complicación poco frecuente, pero que puede llegar a ser muy grave.

**Caso clínico:** Varón de 67 años remitido a consulta desde Digestivo por carcinoma de tercio distal de esófago, con células en anillo de sello. Inicia tratamiento neoadyuvante con QT (FLOT) y posteriormente se decide cirugía. Se realiza una esofaguectomía a tres campos (McKeown) muy compleja y laboriosa, en la que se produce una laceración de la tráquea que se sutura durante la intervención. El paciente tiene un posoperatorio tortuoso y prolongado en REA. El día 16 posoperatorio presenta empeoramiento respiratorio con gran derrame en hemitórax izquierdo, por lo que se coloca tubo de tórax con drenaje de unos 3.500 cc de líquido con aspecto lechoso. Se realiza bioquímica de dicho líquido con hallazgos de: colesterol 54, triglicéridos 603; confirmándose el diagnóstico de quilotórax. Iniciamos medidas conservadoras: dieta absoluta, octreótido IV y NPT, que resultan infructuosas, manteniéndose un débito a través del tubo de tórax en torno a 2,5-4 L cada 24 h. Se decide por lo tanto contactar con el servicio de Radiología Intervencionista para realizar linfografía intranodal y embolización percutánea del conducto torácico, procedimiento que se tiene que llevar a cabo hasta en tres ocasiones. Se canalizan dos ganglios en la región inguinal a través de los cuales se infunden 20 ml de lipiodol, consiguiendo una adecuada repleción de la cisterna de Pecquet y del conducto torácico, objetivando la fuga del mismo. Con control fluoroscópico se realiza punción percutánea de la cisterna con una aguja de 21G y se emboliza el conducto con pegamento quirúrgico. 7 días tras la última embolización del conducto cesa el débito linfático a través del tubo de tórax, resolviéndose el quilotórax.

**Discusión:** El quilotórax posesofaguectomía es una complicación rara pero que puede llegar a ser muy grave por la morbimortalidad que produce secundaria a la deshidratación, desnutrición e inmunodepresión. En las diferentes series publicadas se estima una incidencia posesofaguectomía de hasta el 4%. El diagnóstico de confirmación se puede alcanzar con un análisis bioquímico del líquido pleural, en el que se han de obtener los siguientes parámetros: triglicéridos > 110 mg/dl, colesterol < 200 mg/dl. El tratamiento del quilotórax posesofaguectomía es controvertido y no hay

un claro consenso con respecto al mismo. Existen varias alternativas tales como: manejo conservador (dieta absoluta, NPT, octreótido), manejo radiológico (linfografía y embolización conducto torácico) o manejo quirúrgico (ligadura conducto torácico con puntos en masa, *shunt* pleuro-mediastínico, toracoscopia...). La linfangiografía y embolización percutánea del conducto torácico se propone como una alternativa al tratamiento del quilotórax con una tasa de éxito en torno al 70% en las series registradas y con bajo riesgo de complicaciones. No obstante, son necesarios más estudios con el fin de obtener un nivel de evidencia significativo.