



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-636 - LESIÓN DE LA CISTERNA DE PECQUET POR ARMA DE FUEGO

Almada, Mario; Zeoli, Mariana; Garófali, Juan; Girardi, Fabrizio; Cantileno, Pablo; Machado, Fernando

Hospital de Clínicas. Manuel Quintela, Montevideo.

Resumen

Introducción: La lesión del conducto torácico en su porción retroperitoneal es muy infrecuente y existen escasos informes de este tipo de lesiones. La mayoría de los informes están vinculados a traumatismos cerrados, siendo más raras las lesiones de la cisterna chyli o sus afluentes por arma de fuego. Se presenta el caso de un paciente con herida por arma de fuego en región toracoabdominal, en el que se confirma la lesión del conducto torácico en su porción retroperitoneal. Se presenta el manejo en el servicio de urgencias y su tratamiento.

Caso clínico: Hombre de 17 años. Traído al servicio de urgencias por sufrir hace 30 minutos herida por arma de fuego en región precordial. Se recibe al paciente lúcido, eupneico, con hemodinamia estable. Del examen físico destaca: Orificio de entrada a nivel de región precordial, sin orificio de salida. Abdomen: blando, depresible, dolor a la palpación de hipocondrio derecho. No irritación peritoneal. Dada la estabilidad del paciente se realiza una tomografía computarizada (TC) de tórax, abdomen y pelvis, objetivándose hematoma en segmentos VIII y I hepático; y se identifica el proyectil metálico, por delante de los grandes vasos, en íntima relación con la región duodeno pancreática. No neumoperitoneo, no líquido libre intraabdominal. No lesiones torácicas, ni cardiopericárdicas. Estos hallazgos fueron interpretados como sospechosos de una lesión duodenal y se decidió tratamiento quirúrgico. En la exploración se encuentra ascitis quillosa en región lateral al duodeno II. Se realizó maniobra de Kocher, donde se constató lesión de conducto linfático. Se realiza rafia del conducto lesionado, logrando controlar la linforragia. En el postoperatorio en toma de muestra del gasto de drenaje se certifica franco ascenso de triglicéridos que certifican el contenido linfático. Cursa un postoperatorio sin complicaciones, recibiendo alta hospitalaria a las 72 horas de postoperatorio. En el seguimiento en policlínica el paciente persiste asintomático.

Discusión: El quilo se genera en el sistema linfático del intestino delgado a través de los productos de la digestión de las grasas y se transporta a través de la cisterna de Pecquet hasta el conducto torácico. Los informes que se encuentran en la bibliografía pertenecen principalmente a lesiones traumáticas cerradas en edad pediátrica, siendo una causa muy infrecuente la lesión aislada de los afluentes de la cisterna a nivel abdominal por arma de fuego. Nuestro paciente fue llevado a la sala de operaciones por sospecha de una lesión duodenal basada en los hallazgos de la TC. Sin embargo, en la exploración encontramos ascitis quillosa, no evidente claramente en la imagen preoperatoria. Dado el íntimo contacto del proyectil con la región duodenal y en el contexto de una herida de arma de fuego, la exploración parecía justificada. Una vez encontrado este hallazgo intraoperatorio la identificación del sitio de fuga linfática y la sutura en caso de ser factible es la conducta más

aceptada. No existen sugerencias en cuanto al material de sutura preferido y la bibliografía reafirma que cuando es posible la ligadura, los resultados son en su mayoría exitosos.