



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-091 - FÍSTULA QUILOSA EN CARCINOMA MEDULAR DE TIROIDES. MANEJO Y TRATAMIENTO EN NUESTRO CENTRO

García Pérez, José María; Álvarez Segurado, Cristina; Bonnín Pascual, Jaume; Jiménez Segovia, Marina; Sena Ruiz, Fátima; Pineño Flores, Cristina; Jiménez Viñas, Carlos; González Argente, Francesc Xavier

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

Resumen

Objetivos: La fístula linfática tras disecciones cervicales es una entidad poco frecuente (0,5-2% según series). Aparece con más frecuencia en disecciones cervicales izquierdas, concretamente cuando se disecciona el compartimento IV. La mayor incidencia de fístulas tras disecciones cervicales izquierdas se debe al drenaje del conducto torácico a un centímetro de la unión de la vena yugular interna y la vena subclavia. Presentamos el caso de una paciente con carcinoma medular de tiroides que presentó una fístula quillosa en el postoperatorio de una tiroidectomía total.

Caso clínico: Mujer de 53 años sin antecedentes personales de interés, diagnosticada de enfermedad de Graves Basedow y bocio grado I, dependiente de lóbulo tiroideo derecho. Se realiza ecografía tiroidea donde se observa nódulo de LTD de predominio quístico con PAAF y anatomía patológica que informa de atipia de significado incierto (ASCUS). Se realiza hemitiroidectomía derecha, sin incidencias postoperatorias. La anatomía patológica definitiva informa de cáncer medular de tiroides. Se realiza tiroidectomía total residual con linfadenectomía funcional bilateral del cuello de compartimentos II, III, IV, V y VI, dejándose doble drenaje de aspiración lenta. En segundo día postoperatorio, aparece en uno de los drenajes 1.000 cm³ de un fluido con aspecto quilloso, cuyo análisis bioquímico confirma el diagnóstico de sospecha de fístula quillosa. Se instauran medidas conservadoras, vendaje compresivo y tratamiento dietético con triglicéridos de cadena media y perfusión de somatostatina. En el quinto día postoperatorio, debido al aumento del débito, se pauta nutrición parenteral total, con disminución parcial del débito. Al noveno día de la intervención, se realiza intento de embolización de conducto torácico con hallazgo en la linfografía de extravasado de contraste desde el conducto torácico a nivel paracervical izquierdo, sin poder acceder a cisterna torácica. Se decide revisión quirúrgica dos días después, con hallazgo de salida continua de material quilloso que desemboca en orificio del conducto torácico de aprox. 3-4 mm anexo al plano yugular alto retroesofágico y al surco yugulocarotídeo en convergencia con el triángulo posterior de los escalenos. Se procede a doble ligadura del mismo y punto transfixiante con pledgets de Teflon. La paciente es dada de alta al día siguiente sin más complicaciones. El seguimiento en consultas se realizó sin incidencias. El origen de la fístula cervical puede ser debido a múltiples causas que varían según la edad siendo el traumático el más frecuente. El diagnóstico de linforrea puede establecerse intra o extraoperatoriamente, siendo un 80% más frecuente su detección postoperatoria fuera de quirófano. El manejo de la fístula linfática aún no está totalmente estandarizado. La mayoría de los autores recomiendan a priori un tratamiento conservador. En este

manejo destaca el soporte nutricional con triglicéridos de cadena media y la nutrición parenteral total. Existen nuevas líneas de investigación abiertas que incluyen a la somatostatina y sus derivados. Cuando estas medidas fracasan, el tratamiento quirúrgico se propone como tratamiento definitivo.

Discusión: La incidencia de fístula linfática tras disecciones cervicales es poco frecuente, pero que debe tenerse en cuenta dada la alta morbilidad que causa en algunos pacientes.