



P-336 - FUGA QUILOSA TRAS SIGMOIDECTOMÍA LAPAROSCÓPICA, UNA ENTIDAD INFRECUENTE. MANEJO CONSERVADOR AMBULATORIO

Rubio López, Laura; Ortega Fernández, Ignacio; Benito Barbero, Silvia; Dagnesses Fonseca, Javier Óscar; Moral González, María; Páramo Zunzunegui, Javier; Antón Bravo, Teresa; Menchero Sánchez, Arsenio

Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles.

Resumen

Introducción: La fístula quilosa (FQ) posoperatoria es una extravasación patológica de quilo en la cavidad peritoneal definida por un débito por el drenaje intraabdominal > 200 ml/día, de aspecto lechoso, inodoro y rico en triglicéridos (> 110-200 mg/dl). Es una complicación infrecuente de la cirugía colorrectal, presentando una incidencia del 1-6,6%. Conlleva riesgo de deshidratación, desnutrición, inmunosupresión y prolongación de la estancia posoperatoria.

Caso clínico: Mujer de 60 años con diagnóstico de adenocarcinoma sigmoideo intervenida mediante sigmoidectomía oncológica laparoscópica. El estudio anatomopatológico mostró un adenocarcinoma estadio IIIB (pT3pN1a). Al reintroducir dieta oral completa, en el segundo día posoperatorio, presentó débito lechoso por el drenaje intraabdominal (300 cc/día). El análisis del líquido mostró una concentración elevada de triglicéridos (2.036 mg/dl). Excluidas otras entidades, fue diagnosticada de fuga quilosa. Se realizó manejo conservador ambulatorio mediante dieta oral estricta sin grasas, suplementada con triglicéridos de cadena media. Posteriormente, se añadió octreótido subcutáneo (0,1 mg/8 horas) sin apreciar efectividad tras 2 semanas. Se realizaron controles ecográficos del líquido intraabdominal pudiendo retirar el drenaje al 29º día posoperatorio y normalizar de la dieta progresivamente. Simultáneamente, la paciente inició quimioterapia adyuvante.

Discusión: La FQ es muy infrecuente tras cirugía colorrectal. Se ha relacionado con colectomías derechas, edad avanzada, tiempo operatorio corto, la linfadenectomía extensa y empleo de dispositivos de electrocauterio y ultrasónicos. En nuestra paciente, se realizó una disección mesentérica mediante dispositivo bipolar y ultrasónico, con sección vascular mediante endograpadora y clips vasculares. El manejo conservador de la FQ posoperatoria presenta tasas de éxito del 66-77% e incluso superiores según series. Este tratamiento se basa en el ayuno, la nutrición parenteral total y control de la dieta oral (alta en proteínas, baja en grasas y rica en triglicéridos de cadena media). Así mismo, la administración de análogos de somatostatina, puede ser de utilidad, si bien la evidencia no es clara; en nuestro caso no fue efectivo. En el caso presentado, el manejo conservador ambulatorio evitó prolongar la estancia hospitalaria sin necesidad de nutrición parenteral. Tampoco afectó al inicio del tratamiento adyuvante. La duración de la terapia conservadora no está definida, pero en general si tras 6-8 semanas persiste la fuga, debe considerarse que esta ha fracasado debiendo plantearse un manejo quirúrgico. El tratamiento quirúrgico más empleado es la reparación bajo visión directa. La FQ es una complicación

infrecuente de la cirugía colorrectal, sin embargo, debemos saber reconocerla para instaurar un tratamiento temprano y evitar la morbilidad asociada. El manejo ambulatorio es posible, con las ventajas económicas y de calidad de vida para el paciente que conlleva.