



CASO CLÍNICO

Descripción de un caso de fístula quilosa poslinfadenectomía axilar derecha



Sara Fernández Planas*, Raül Guerrero López y Helena Vallverdú Cartié

Grupo de Investigación en Inflammaciones Multidisciplinares (MIRG), Instituto de Investigación e Innovación en Ciencias de la Vida y de la Salud en la Cataluña Central (IRIS-CC), Vic, España

Recibido el 31 de mayo de 2023; aceptado el 19 de septiembre de 2023
Disponible en Internet el 31 de octubre de 2023

PALABRAS CLAVE

Linfadenectomía axilar;
Fístula quilosa;
Neoplasia de mama

Resumen La linfadenectomía axilar constituye uno de los pilares del tratamiento de la neoplasia de mama. La fístula quilosa axilar posquirúrgica es una entidad infrecuente. En la literatura revisada se recomienda tratamiento conservador inicial con medidas fármaco-dietéticas, reservando la opción quirúrgica como segunda línea.

Presentamos el caso de una paciente con fístula quilosa axilar derecha que presenta una correcta evolución clínica con manejo conservador.

© 2023 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Axillar lymph node clearance;
Chylous fistula;
Breast cancer

Case report: Chyle leak following righ axillar lymph node clearence

Abstract The axillar dissection is one of the pillars of the breast cancer treatment. Post-surgical axillary chylous fistula is a rare complication. As suggested in the literature the conservative treatment with pharmaco-dietary measures, reserving the surgical option as a second line.

We present a case of a patient with right axillar chylous fistula with a correct clinical evolution with conservative management.

© 2023 SESPM. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La fístula quilosa es una complicación poco frecuente de la linfadenectomía axilar en la cirugía del cáncer de mama

avanzado¹, con una incidencia inferior al 0,5%^{2,3}. Los factores de riesgo asociados están poco descritos y son variables según las fuentes^{1,3}. Entre ellos se encuentran la obesidad (IMC > 30), una incorrecta técnica quirúrgica, las variaciones anatómicas de los grandes conductos linfáticos y la movilización de la extremidad homolateral en las primeras 24 horas después de la cirugía¹.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: sarafp85@gmail.com (S. Fernández Planas).

Presentamos el caso de una paciente con fístula quilosa axilar derecha después de ser intervenida de mastectomía y linfadenectomía axilar homolateral. La particularidad de este caso reside en su presentación en el lado derecho, cuya incidencia se estima en un 0,2-0,4% de los casos según la literatura publicada².

Caso clínico

Una mujer de 42 años con antecedentes de crisis epilépticas y exfumadora, fue diagnosticada, a raíz del estudio de un nódulo mamario palpable, de carcinoma ductal infiltrante (CDI) en el cuadrante inferior externo de la mama derecha, con componente compatible con carcinoma ductal *in situ* extenso. El estudio de extensión no mostró enfermedad a distancia. Se llevó a cabo la mastectomía derecha con preservación de piel y linfadenectomía axilar derecha de los niveles I y II de Berg por afectación de 2 ganglios centinela. El diagnóstico anatomopatológico definitivo fue compatible con un carcinoma ductal infiltrante luminal b con 3 ganglios axilares afectos pT3N1M0.

La paciente fue dada de alta al domicilio el tercer día de la cirugía, con drenaje axilar derecho por persistencia de débito elevado de características serohemáticas. Reconsultó a las 24 horas por un aumento del débito y cambio de las características. Se observó un líquido de coloración lechosa (fig. 1) con valores elevados de triglicéridos, confirmando así el diagnóstico de fístula quilosa axilar.

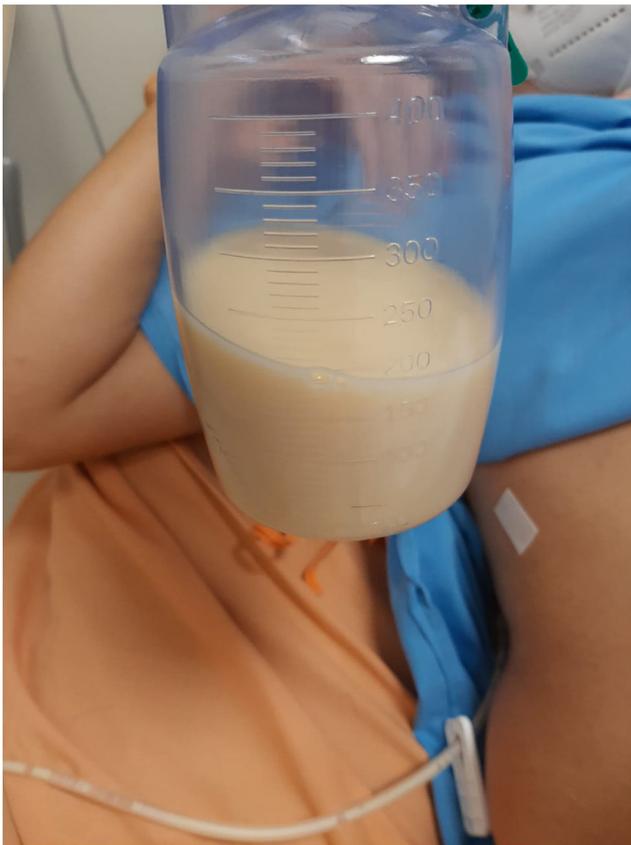


Figura 1 Débito de drenaje de la fístula quilosa axilar.

Se ingresó a la paciente al servicio de cirugía general y se inició el tratamiento con nutrición hipolipídica, sin triglicéridos de cadena larga y octreótido. La paciente presentó una disminución progresiva del débito y cambio de las características del mismo, permitiendo así la retirada del drenaje el octavo día. Tras el alta se mantuvo el tratamiento con octreótido durante 4 días y la dieta iniciada durante el ingreso. La evolución posterior fue satisfactoria y la paciente no presentó signos de recidiva de la fístula.

Discusión

La fístula quilosa se define como la aparición de una fuga de líquido linfático, habitualmente secundaria a una lesión del conducto torácico o de sus ramas². Entre el 87,5-78,7% de la población presenta en el conducto torácico un drenaje único a la vena yugular interna izquierda, a la vena subclavia izquierda o a la confluencia entre ambas^{3,4}. No obstante, existe una gran variabilidad anatómica, describiendo en un 15-20% de los casos la presencia de ramas secundarias^{3,4} y en un 4% el drenaje al sistema venoso a través de estas ramificaciones terminales^{3,5}. Esta condición favorecería la aparición de fístulas axilares izquierdas después de la manipulación quirúrgica, siendo anecdóticos los casos descritos de afectación axilar derecha.

El diagnóstico de sospecha de la fístula quilosa se basa en las características macroscópicas del débito, pudiéndose confirmar con unos valores de triglicéridos del líquido superiores a 110 mg/dl^{5,6}. En caso de presentar unos valores de triglicéridos entre 50 y 110 mg/dl se recomienda la determinación de quilomicrones para establecer un diagnóstico de certeza⁵. La linfografía y la linfogammagrafía pueden ser de utilidad para valorar el punto de lesión del conducto torácico. No obstante, no resultan necesarias en la mayoría de los casos y su disponibilidad es limitada. Es por este motivo que no se le realizó a nuestra paciente, no pudiendo conocer la anomalía anatómica del conducto torácico que desencadenó la aparición de una fístula axilar derecha.

Se consideran fístulas de alto débito aquellas con un drenaje superior a 500 ml al día, considerando en estos casos una elevación significativa del riesgo de alteraciones inmunológicas y nutricionales².

El manejo de las fístulas quilosas no está protocolizado en la literatura. Las recomendaciones descritas exponen que si la fístula quilosa se evidencia durante la cirugía se debe proceder a la ligadura del conducto lesionado⁴. Observar el punto de lesión en el mismo acto quirúrgico resulta complejo, porque los conductos linfáticos se colapsan rápidamente¹. Si la fístula se diagnostica durante el período postoperatorio, las recomendaciones actuales pasan por un abordaje conservador con reposo de la extremidad, vendaje compresivo, drenaje, dieta baja en grasas y tratamiento farmacológico con inhibidores de la secreción digestiva: octreótido o somatostatina^{2,7}. Algunos autores recomiendan añadir nutrición parenteral^{5,6}, exponiendo un cierre del defecto más precoz al disminuir el peristaltismo y el flujo linfático. En la mayoría de los casos revisados en la literatura este tratamiento resulta suficiente para el control de la fístula, como resultó la evolución de nuestra paciente. Únicamente en los casos con fístulas de alto débito, que se

mantienen más de 2 semanas¹ a pesar del tratamiento conservador, se recomienda la reintervención para llevar a cabo la reparación quirúrgica del conducto lesionado o la confección de un colgajo muscular³.

Responsabilidades éticas

Los autores declaran que han seguido los protocolos y las guías de actuación según los criterios éticos de su institución y han obtenido los permisos correspondientes.

Consentimiento informado

Los autores declaran que han obtenido el consentimiento de la paciente para la publicación de este artículo.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Sakman G, Parsak CK, Demircan O. A rare complication in breast cancer surgery: chylous fistula and its treatment. *Acta Chir Belg.* 2007;107(3):317–9. <https://doi.org/10.1080/00015458.2007.11680064>.
2. González-Sánchez-Migallón E, Aguilar-Jiménez J, García-Marín JA, Aguayo-Albasini JL. Chylous fistula following axillary lymphadenectomy: benefit of octreotide treatment. *Case Rep Surg.* #;]: 2016;6098019. <https://doi.org/10.1155/2016/6098019>.
3. Singh M, Deo SVS, Shukla NK, Pandit A. Chylous fistula after axillary lymph node dissection: incidence, management, and possible cause. *Clin Breast Cancer.* 2011;11(5):320–4. <https://doi.org/10.1016/j.clbc.2011.04.003>.
4. Taylor J, Jayasinghe S, Barthelmes L, Chare M. Chyle leak following axillary lymph node clearance – a benign complication: review of the literature. *Breast Care.* 2011;6:130–2. <https://doi.org/10.1159/000327507>.
5. Flores E, De Castro G, Casal E, Sobrino C. Fístula quilosa poslinfadenectomía axilar. *Cir Esp.* 2014;92(1):55–6. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2012.09.004>.
6. Rico Arrastia A, Vicente García F, Pérez Omeñaca F, Artieda Soto C, Sanz de Pablo MA, Domínguez Cunchillos F. Fístula quilosa tras linfadenectomía axilar en cáncer de mama. *An Sist Sanit Navar.* 2014;37(3):441–4. <https://doi.org/10.4321/S1137-66272014000300015>.
7. Neveuc R, Fernández RR, Beuchholtz FM, González VM, Rodríguez JC, Trujillo LC, et al. Treatment of chylous fistula with somatostatina. Report of three cases. *Rev Chil Cir.* 2006;58(3): 219–23. <https://doi.org/10.4067/S0718-40262006000300011>.