

Una fístula poco frecuente tras mastectomía

CARMEN ARAGÓN VALERA^a, OLGA SÁNCHEZ-VILAR BURDIEL^a, ELENA LÓPEZ-MEZQUITA TORRES^a, KATTY MANRIQUE FRANCO^a, MARÍA JOSÉ FRAILE VILARRASA^b Y SONIA RIVAS FIDALGO^b

^aServicio de Endocrinología y Nutrición. Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

^bServicio de Cirugía General. Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España

A RARE LEAK AFTER MASTECTOMY

Chylous leak is a rare complication after breast cancer surgery. We present the case of a patient with a chylous leak and discuss the management options.

Key words: Chylous leak. Breast cancer surgery. Nutritional support.

La fístula linfática es una complicación poco frecuente tras mastectomía. A continuación se presenta el caso clínico de una paciente con dicha complicación y se discuten las diferentes alternativas terapéuticas.

Palabras clave: Fístula linfática. Mastectomía. Soporte nutricional.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es la causa de muerte por cáncer más frecuente en la población femenina. El esquema de tratamiento depende del estadio de la enfermedad, pero siempre incluye la realización de una mastectomía en combinación con la disección de los ganglios linfáticos axilares. Las complicaciones derivadas de la disección linfática que aparecen con mayor frecuencia son los seromas, el linfedema o la disminución de sensibilidad en el territorio del nervio intercostobraquial. En muy raras ocasiones puede verse dañado el conducto torácico, que da lugar a una fístula linfática. A continuación se presenta el caso de una paciente que desarrolló una fístula linfática en el postoperatorio de una mastectomía.

CASO CLÍNICO

Paciente de 88 años de edad que fue remitida a la consulta de cirugía de cuello y mama por tumoración en la mama izquierda. Como antecedentes personales presentaba hipertensión arterial en tratamiento con enalapril 5 mg e hidroclorotiazida 50 mg, diabetes mellitus tipo 2, bien controlada con antidiabéticos orales (glibenclamida 5 mg con cada comida principal y metformina 850 mg en desayuno y cena) y fibrilación auricular en tratamiento con 0,25 mg de digoxina al día. Además, había sido intervenida quirúrgicamente en 2 ocasiones para colocación de prótesis en ambas rodillas y colecistectomizada.

La exploración física mostró una tumoración de aproximadamente 4 cm en el cuadrante superoexterno de la mama izquierda sin adenopatías. La

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Correspondencia: Dra. C. Aragón Valera.
Servicio de Endocrinología y Nutrición. Fundación Jiménez Díaz.
Avda. Reyes Católicos, 2. 28040 Madrid. España.
Correo electrónico: Carmen.arval@gmail.com

Manuscrito recibido el 18-8-2009 y aceptado para su publicación el 15-9-2009.

paciente tenía una talla de 145 cm y un peso de 80 kg, y el índice de masa corporal era 38. Se solicitó mamografía en la que se objetivó una lesión nodular de contornos polilobulados y 23 mm de diámetro mayor. Este hallazgo se confirmó con una ecografía en la que se describía una lesión sólida de bordes irregulares de 29 × 24 × 18 mm, con adenopatía isolar lateral patológica de 6 mm. Se realizó biopsia de la lesión con resultado de carcinoma ductal con focos de morfología de carcinoma papilar sólido. Posteriormente, se solicitó una punción aspirativa con aguja fina de la adenopatía cuyo resultado fue positivo para carcinoma. Ante estos hallazgos, se decidió tratamiento quirúrgico.

La cirugía consistió en una mastectomía izquierda con vaciamiento ganglionar completo de primer nivel y parcial de segundo nivel. La anatomía patológica de la pieza quirúrgica se informó como carcinoma ductal infiltrante con áreas de morfología sólida, un foco de esclerosis central, sin signos de invasión vascular o linfática y piel libre. Sólo se observaron metástasis en 1 de 7 ganglios linfáticos de la grasa de la prolongación axilar.

El postoperatorio inmediato transcurrió sin complicaciones y se inició la tolerancia oral transcurridas 6 horas de la cirugía, pero en el segundo día aumentó el débito por el drenaje axilar que alcanzó los 700 ml al día; además, cambió su aspecto de seroso a linfático. La paciente se encontraba asintomática y afebril, se realizó una radiografía de tórax que descartó la presencia de colecciones intratorácicas. Con la sospecha de fistula linfática se solicitó la determinación de triglicéridos en el líquido del drenaje con el resultado de 747 mg/dl, lo que confirmó la sospecha diagnóstica. En ese momento se decidió tratamiento conservador por lo que se consultó con nuestro servicio y, tras valorar a la paciente, se optó por tratamiento con dieta exenta de grasas junto con suplementos hipercalóricos/hiperproteínicos sin lípidos. A pesar de las medidas adoptadas, el débito linfático siguió aumentando hasta superar los 1.000 ml al día, por lo que se decidió iniciar nutrición parenteral (NP) a través de un acceso venoso central. Tras el inicio de la NP, se redujo progresivamente el débito por el drenaje que, además, se fue aclarando hasta hacerse nuevamente seroso. En el cuarto día de NP los triglicéridos en el líquido drenado fueron de 98 mg/dl. Transcurridos 6 días de NP la paciente presentó una elevación febril de 39 °C sin que se objetivara otro posible foco que la vía central, que se retiró y se reintrodujo dieta oral exenta de grasas. Transcurridas 24 horas del reinicio de la dieta oral el débito del drenaje volvió a hacerse lechoso y aumentó alcanzando los 300 ml/día. La edad de la paciente y la aparición de fiebre, junto con el nuevo aumento del débito por el drenaje, desaconsejaban mantener el tratamiento conservador, por lo que se procedió a una revisión quirúrgica, en la que no se encontró el punto de fuga, se procedió a la liberación del drenaje anterior y se selló el lecho quirúrgico con Tissucol®. En esta segunda in-

tervención quirúrgica se dejó un nuevo drenaje por el que el primer día se obtuvo un material seroso cuya cuantía fue disminuyendo progresivamente a pesar de que la paciente empezó a tomar dieta oral completa.

DISCUSIÓN

Las fístulas linfáticas son una complicación poco frecuente de la cirugía oncológica de mama. En la búsqueda bibliográfica realizada a propósito de este caso, sólo se han encontrado 8 más. Nakajima et al¹, en la serie más amplia publicada, encontraron sólo 4 casos de fístula linfática entre 871 pacientes intervenidas en 2 años.

El conducto torácico nace en la cisterna linfática, anterior a la segunda vértebra lumbar y atraviesa el diafragma por el hiato aórtico para situarse en el mediastino posterior. Una vez allí, se sitúa entre la vena ácigos y la aorta torácica. A nivel de la quinta vértebra lumbar cruza la columna vertebral y se sitúa detrás del esófago y de la arteria subclavia izquierda y finalmente se ramifica y drena en los territorios de las venas yugular y subclavia izquierdas². Se han descrito múltiples variantes anatómicas de esta zona de drenaje terminal, que pueden dañarse durante la cirugía dando lugar a fístulas linfáticas. Durante el acto quirúrgico es difícil reconocer la fistulización, puesto que los vasos linfáticos se colapsan por el ayuno y por la propia manipulación de la cirugía.

Los factores de riesgo para la aparición de este tipo de fístulas son la localización izquierda del tumor, la obesidad y la movilización precoz³, factores que confluían en el caso comunicado.

No hay consenso sobre cuál es el mejor tratamiento para las fístulas linfáticas; además, los datos de que se dispone proceden de casos clínicos y pequeños estudios observacionales y descriptivos⁴. En los casos publicados el tratamiento se inicia de forma conservadora, bien con dieta oral exenta de grasas enriquecida con triglicéridos de cadena media y/o suplementos sin lípidos⁵ o bien con nutrición parenteral. Ambas opciones han mostrado ser efectivas y siempre deben ir acompañadas de drenajes que eviten la formación de colecciones y permitan comprobar la respuesta al tratamiento (tabla 1).

Al soporte nutricional se puede añadir octreotida, un análogo de la somatostatina, cuyo mecanismo de ac-

TABLA 1. Tratamiento de las fístulas linfáticas en los casos descritos

| Autor | Año | Número de casos | Tratamiento |
|--------------------------------|------|-----------------|---|
| Rice et al ¹⁰ | 1994 | 1 | Conservador: dieta absoluta y fluidoterapia |
| Purkayastha et al | 2004 | 1 | Cirugía tras fracaso de dieta oral exenta de grasas seguida de nutrición parenteral |
| Nakajima et al | 2004 | 4 | Tratamiento conservador, sin medidas dietéticas especiales |
| Donkervoort et al ⁸ | 2006 | 1 | Tratamiento conservador, sin medidas dietéticas especiales |
| Sakman et al | 2007 | 1 | Nutrición parenteral |

ción sería disminuir la absorción de triglicéridos y, por lo tanto, la formación de linfa al reducir el flujo esplácnico⁶, pero tampoco hay evidencia científica que respalde su utilización. En nuestro caso, no se planteó la utilización de este fármaco por la buena respuesta a nutrición parenteral y porque su efecto hiperglucemiante lo desaconsejaba teniendo en cuenta que nuestra paciente padecía diabetes mellitus tipo 2.

El tratamiento quirúrgico se recomienda cuando, a pesar de las medidas conservadoras, persiste un débito alto, que Browse et al⁷ cifran en 1,5 l al día mantenidos durante más de 5-7 días.

En nuestro caso el tratamiento conservador fracasó: la nutrición enteral incrementó en lugar de disminuir el débito a través de la fístula y la nutrición parenteral fue efectiva y quizá hubiera conseguido el cierre de la fístula, pero tuvo que suspenderse por infección del catéter y obligó a la reintervención quirúrgica.

Hemos presentado una complicación infrecuente en la cirugía del cáncer de mama, ante la que el cirujano debe estar prevenido porque, aunque nuestra experiencia no ha sido buena, el tratamiento conservador es efectivo y evita los potenciales riesgos de una reintervención quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nakajima E, Iwata H, Iwase T, Murai H, Mizutani M, Miura S, et al. Four cases of chylous fistula after breast cancer resection. *Breast Cancer Res Treat.* 2004;83:11-4.
2. Skandalakis JE, Skandalakis LJ, Skandalakis PN. Anatomy of the lymphatics nodes. *Sur Oncol Clin N Am.* 2007;16:1-16.
3. Sakman G, Parsak CK, Demarcan O. A rare complication in breast cancer surgery: Chylous fistula and its treatments. *Acta Chir Bel.* 2007;107:317-9.
4. Smoke A, DeLegge MH. Chyle leaks: consensus on management? *Nut Clin Pract.* 2008;23:539-42.
5. Cánovas B, Morlán MA, Familiar C, Sastre J, Marco A, López J. Resolución de una fístula linfática cervical con tratamiento dietético oral. *Nutr Hosp.* 2005;20:439-42.
6. Kalomenides I. Octreotide and chylothorax. *Curr Opin Pulm Med.* 2006;12:264-7.
7. Browse NL, Allen DR, Wilson NM. Management of chylothorax. *Br J Surg.* 1997;84:1711-6.
8. Donkervoort SC, Ross D, Borgstein PJ. A case of chylous fistula after axillary dissection in breast-conserving treatment for breast cancer. *Clin Breast Cancer.* 2006;7:171-2.
9. Purkayastha J, Hazarika S, Deo SVS, Kar M, Shukla NK. Post-mastectomy chylous fistula: anatomical and clinical implications. *Clin Anat.* 2004;17:413-5.
10. Rice DC, Emory RE Jr, McIlrath D C. Chylous fistula: an unusual occurrence after mastectomy with immediate breast reconstruction. *Meland N B Plas Reconstr Surg.* 1994;93:399-401.