

Metrorrea quilosa (*)

WILLIAM BURNETT y JOHN McCAFFREY

Department of Surgery, University of Queensland Herston, Brisbane (Australia)

La salida de quilo por la vagina o metrorrea quilosa es un suceso en extremo raro. En 1953 **Watson** describió un caso y en 1965 **Martorell** trató otro con éxito por la linfangiectomía pélvica, hallando que los linfáticos contenían linfa quilosa a considerable presión y se comunicaban los del intestino delgado con los de los órganos pélvicos. No hemos hallado más referencias sobre el particular en la literatura.

Vamos a describir la historia de un caso con metrorrea quilosa remitido para investigación y tratamiento al «Professorial Surgical Unit at the Royal Brisbane Hospital».

PRESENTACION DEL CASO

Se trataba de una mujer casada de 31 años de edad, con tres hijos. Ingresó en julio de 1965. Manifestó que a la edad de 4 años, después de apoyarse sobre un clavo oxidado, se produjo una pequeña herida en el pie izquierdo a la que siguió una infección ligera que respondió con rapidez al tratamiento. No obstante, a las pocas semanas inició hinchazón del pie izquierdo, hinchazón que fue extendiéndose hacia arriba de la pierna lenta pero continuamente. Nunca se produjo una real regresión y a los 25 años todo el miembro inferior desde los dedos a la ingle se hallaba evidentemente hinchado y edematoso. En 1952 y luego en 1955 fue operada del pie y de la pierna, sin que tengamos detalles de lo que se practicó.

Tres años antes de su ingreso, a la edad de 28 años, observó que por la vagina y el labio mayor izquierdo manaba un líquido, lo cual fue en aumento de modo progresivo. El líquido tenía aspecto lechoso y su producción era mayor cuando la paciente se hallaba en actividad, decreciendo en volumen con el descanso. Al acudir a la consulta dijo que por lo habitual necesitaba diez paños por día para lograr absorber la quilorrea vaginal. Se quejaba amargamente de las frecuentes dificultades que esta

(*) Traducido del original en inglés por la Redacción.

situación le producía en su vida normal. No existía historia de similar enfermedad en su familia. Sus tres hijos, de edades comprendidas entre 3 y 8 años, se hallaban completamente bien. Aparte de una intermitente dispepsia, nunca había sufrido otra enfermedad. Sus períodos menstruales eran regulares y normales, excepto una leve dismenorrea.

La exploración reveló un gran linfedema de su pierna izquierda extendido hacia la ingle. Presentaba una cicatriz en el dorso del pie izquierdo y otra en la cara interna de la pierna donde, probablemente, sufrió una operación tipo Kondoleon. No existían signos recientes de infección en la pierna ni ganglios linfáticos aumentados de tamaño en la ingle. La pierna derecha era completamente normal. La exploración de la vulva mostró una linforragia continua desde el labio mayor izquierdo, donde existía un grupo discreto de folículos de tipo linfoide cada uno de los cuales medía varios milímetros de diámetro. Se creyó que algunas aberturas fistulosas a través de las cuales manaba la linfa podrían ser visualizadas. No obstante, fue imposible incanularlas. La exploración pélvica no reveló anormalidades en los órganos que contiene. Parecía que la linforragia provenía sólo de la pared izquierda de la vagina y del lateral del mismo lado del fornix. El lado derecho no se hallaba afectado, sin que se viera salida de líquido desde el cervix. La exploración abdominal tampoco dio nada anormal.

Se efectuaron intentos de estudiar la linforragia tras la ingestión por la paciente de distintos materiales colorantes, sin resultado. Sin embargo, el aumento de mantequilla y nata en la dieta llevó a su vez a un aumento en la densidad óptica de la quilorrea. Se intentó una linfografía corriente tras la incanulación de un conducto linfático en el dorso del pie izquierdo, pero sin éxito. Entonces se practicó un nuevo linfangiograma a través de una pequeña incisión en la parte superior del muslo izquierdo, el cual demostró muy dilatados los linfáticos del interior del abdomen y algunos linfáticos hipoplásicos en el propio muslo (figura 1). Estos linfáticos eran más evidentes en el trayecto de los vasos ilíacos y existían amplios conductos comunicantes con la región de la bóveda vaginal. No pudieron demostrarse conexiones entre estos linfáticos dilatados y los linfáticos intestinales.

El examen microscópico del líquido mostró la presencia de numerosos linfocitos. No existía grasa en la orina ni quiluria macro o microscópica. Resto de investigaciones de laboratorio, normal.

Intervenida el 10-VIII-65. Incisión oblicua sobre la parte inferior izquierda del abdomen. Aparece una masa de linfáticos dilatados rodeando los vasos ilíacos comunes, internos y externos. Esta masa linfática desaparece por la base del mesocolon signimoide en dirección del mesenterio del intestino delgado. El intestino delgado era normal, no observándose conductos linfáticos comunicantes entre los linfáticos intestinales y los linfáticos dilatados que circundaban los vasos ilíacos. No existía ascitis quillosa. Algunos de los linfáticos dilatados se hallaban próximos y transcurrían a lo largo del ureter izquierdo en su trayecto pélvico, pero no parecían establecer comunicaciones con él. Otros linfáticos patológicos se-

guían hacia la parte inferior del ligamento redondo izquierdo fuera del abdomen y siguiendo su curso se dirigían al labio mayor de este lado. Otros linfáticos dilatados se introducían en la región lateral izquierda del fornix y de la vagina. Los grandes troncos vasculares sanguíneos eran del todo normales, excepto por cuanto se refiere a los tejidos linfáticos que los rodeaban.



FIG. 1. Linfangiograma mostrando los linfáticos muy dilatados y tortuosos a nivel de los vasos ilíacos izquierdos, con comunicaciones hacia las regiones de la vulva y vagina.

El total de la masa linfática anormal fue resecada después de una meticulosa ligadura con seda de cuantas comunicaciones visibles existían entre ella y los órganos pélvicos. Los linfáticos presentaban una pared verdaderamente engrosada y contenían linfa a presión. Al final de la operación los vasos ilíacos izquierdos quedaron limpios por completo del tejido linfático que los envolvía. La limpieza fue total en la región pélvica izquierda, resecando también el ligamento redondo y los linfáticos que lo acompañaban. Postoperatorio sin incidencias, disminuyendo con rapidez la salida de líquido por la vagina. A la salida del hospital al quinceavo día,

sólo persistía una muy discreta quilorrea. Se administró un prolongado tratamiento con tetraciclina para evitar una potencial infección de posibles comunicaciones residuales con los linfáticos intestinales. La metrorrea quillosa cesó por fin algunos meses después de la operación sin que haya vuelto a producirse a los diez meses de postoperatorio. Durante los tres primeros meses de salir del hospital se le administraron 5 mg de Methyclothiazide por día, con objeto de disminuir el edema de su pierna izquierda, sin que se lograra mejoría, resignándose la paciente a quedar con este trastorno.

RESUMEN

Se describe un caso de metrorrea quillosa producida por la comunicación entre los linfáticos intestinales y los linfáticos que drenan la vagina y el labio mayor izquierdo. La linfangiografía puso de manifiesto los troncos linfáticos anormales en la pelvis, los cuales fueron resecaados. A los diez meses de la operación la metrorrea quillosa había cesado por completo, aunque el linfedema de la pierna izquierda asociado quedó sin modificación a pesar de la operación.

Reconocimiento: Agradecemos al Dr. W. J. Oram y al Dr. J. H. Hood la práctica de la linfangiografía.

(Original text)

CHYLOUS METRORRHEA

Vaginal discharge of chyle or chylous metrorrhea is an extremely rare condition. One case was described in 1953 by **Watson**, and in 1965 **Martorell** successfully treated a case by pelvic lymphangiectomy. He found that the lymphatics contained chylous lymph under considerable pressure and communicated between the small intestine and the pelvic organs. We have not found any other reference to this condition in the literature.

We described here the case history of a patient with chylous metrorrhea who was referred for investigation and treatment to the Professorial Surgical Unit at the Royal Brisbane Hospital.

CASE HISTORY

The patient was a married woman, aged 31 years, with three children. She was admitted in July, 1965. She stated that at the age of 4 years after standing on a rusty nail, a small wound in her left foot from this incident subsequently developed a mild infection which responded to treatment quite quickly. A few weeks later, however, the left foot began to swell and the swelling advanced up the leg slowly but quite relentlessly. No real

regression ever occurred and by the age of 25 years, the whole of the upper limb from toes to groin was grossly swollen and oedematous. Operations on the left foot and left leg were performed elsewhere in 1925 and again in 1955, but details of these procedures could not be made available to us.

Three years before the present admission, at the age of 28 years, she noticed a fluid discharge from the vagina and left labium majus, and this progressively increased in quantity. The fluid was milky in appearance and was most profuse when the patient was active, decreasing in volume when she rested. When seen in consultation, she said that she usually required at least ten perineal pads per day to absorb the chylous vaginal discharge. She complained bitterly about frequent embarrassments to her otherwise normal everyday life caused by her condition. There was no history of any disease within her family. Her three children aged from 3 years to 8 years were quite well. She herself had suffered no other illnesses apart from an intermittent dyspepsia. Her menstrual periods were regular and quite normal apart from some mild dysmenorrhea.

Examination revealed gross lymphoedema of the left leg extending to the groin. There was a scar on the dorsum of the left foot, and another on the medial aspect of the leg where, it was presumed, some form of Kondeleon operation had been performed. There was no evidence of recent infection in the leg. There were no enlarged lymph nodes palpable in the left groin. The right leg appeared quite normal. Examination of the vulva showed a continuous lymphatic leak from the left labium majus, and on this labium there was a group of discrete lymphoid type follicles each measuring several millimetres in diameter. It was thought that a few fistulous opening could be seen through which the lymph was discharging. However, these could not be cannulated. Pelvic examination revealed no obvious abnormality in the pelvic organs. It appeared that the discharge was coming only from the left wall of the vagina and the left lateral fornix. The right side was not involved and no discharge was seen to emerge from the cervix. Abdominal examination revealed no abnormality.

Attempts were made to study the lymphatic discharge after the patient had ingested various dye materials but these were unsuccessful. However, an increase in the amount of butter and cream in the diet resulted in an increase in the optical density of the chylous discharge. Lymphangiography was attempted in the usual way after cannulation of a lymphatic channel on the dorsum of the left foot. However, this was unsuccessful. A further lymphangiogram was carried out through a small incision in the upper left thigh and this showed grossly dilated lymphatics within the abdomen with a few hypoplastic lymphatics in the thigh itself (figure 1). These lymphatics were most marked in the line of the left iliac vessels and there were large channels communicating with the region of the vault of the vagina. No connections could be demonstrated between these lymphatics and any intestinal lymphatics.

Microscopic examination of the discharge showed numerous lymphocytes to be present. No fat was detected in the urine and there was no

microscopic or macroscopic chyluria. All other laboratory investigations were normal.

Operation was carried out on the 10-X-65, through a left lower abdominal oblique muscle cutting incision. A mass of dilated lymphatic channels was found encircling the left common, internal, and external iliac vessels. This lymphatic mass disappeared through the base of the sigmoid meso-colon in the direction of the small bowel mesentery. The small bowel itself was normal and no communicating lymph channels were found between the bowel lymphatics and the dilated lymphatics around the iliac vessels. There was no chylous ascites. Some of the dilated lymphatics were close to, and ran alongside the left ureter in its pelvic course but did not appear to establish any communication with it. Some of these pathological lymphatics followed the left lower round ligament out of the abdomen and ran with it to the region of the left labium majus. Several dilated lymphatics were seen to enter the region of the left lateral fornix of the vagina. The major blood vessels themselves appeared to be quite normal apart from the surrounding lymphatic tissue.

The entire abnormal lymphatic mass was excised after carefully ligating with silk all visible communications between it and the pelvic organs. The lymphatics were quite thick walled and contained lymph under pressure. At the end of the operation the iliac vessels were left completely bare of the surrounding lymphatic tissue. Clearance was also complete in the related areas on the left side of the pelvis, and the round ligament and the related lymphatic trunk was also excised. Post-operative progress was quite uneventful and the vaginal discharge rapidly diminished. When discharged from hospital on the 15th post-operative day only a very slight discharge remained. A prolonged course of Tetracycline was given to cut down any potential infection from still existent communications with intestinal lymphatics. The chylous metrorrhea finally ceased some months after operation and had not recurred by the 10th post-operative month. During the first three months after her discharge from hospital she was given 5 mg of Methyclothiazide daily in an attempt to decrease the oedema of the left leg. However, no improvement occurred in this and the patient was reconciled to this remaining disability.

SUMMARY

A case of chylous metrorrhea is described arising from a high pressure communication between intestinal lymphatics and the lymphatics draining the vagina and left labium majus. Lymphangiography demonstrated abnormal lymphatic trunks in the pelvis which were excised surgically. Ten months after surgery the chylous metrorrhea had not recurred but an associated lymphoedema of the left leg was not altered any degree by the

REFERENCES

- MARTORELL, F.: *Chylous metrorrhea. Successful treatment by pelvic lymphangiectomy*. "J. Cardio-vascular Surg.", 6:163:1965.
WATSON, J.: *Chronic lymphoedema of the extremities and its management*. "Brit. J. Surg.", 41:31; 1953.