



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-111 - TRATAMIENTO ENDOLUMINAL DE LA FÍSTULA LINFÁTICA TRAS CIRUGÍA ENDOCRINA CERVICAL

Acosta Gallardo, Carmen; Montes Osuna, María del Carmen; Muñoz Pérez, Nuria; Palomo López, Irina; Becerra Massare, Antonio; Arcelus Martínez, Juan Ignacio; Villar del Moral, Jesús María

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Introducción: La fístula linfática es una complicación infrecuente tras cirugía cervical, relacionada con la disección del compartimento lateral izquierdo. Su tratamiento es complejo e incluye desde medidas dietéticas hasta el tratamiento quirúrgico.

Objetivos: Se presentan tres casos de una fístula linfática cervical resueltas mediante procedimientos endoluminales (linfografía con lipiodol y embolización).

Casos clínicos: Caso 1. Varón de 45 años operado por neoplasia de células de Hürthle, realizándose tiroidectomía total (TT). Tras confirmación anatomopatológica de malignidad (carcinoma de células de Hürthle) recibió tratamiento ablativo. Durante el seguimiento se detectó recidiva ganglionar, tratada quirúrgicamente con vaciamiento central y lateral funcional izquierdo. Fístula linfática con respuesta clínica tras tratamiento conservador durante tres semanas. Reingreso a las dos semanas del alta por linfocele cervical. Se realizó drenaje percutáneo y tratamiento dietético más octreótide. Ante la falta de respuesta se programó embolización del conducto torácico, accediendo al mismo a través del drenaje con respuesta inmediata al procedimiento. El segundo caso es una mujer de 69 años, intervenida por un carcinoma papilar de tiroides (CPT) con afectación ganglionar central y lateral izquierda, tratada mediante TT y vaciamientos central y lateral funcional izquierdo. Tras el alta reingresó por linfocele cervical. Se realizó drenaje percutáneo y tratamiento dietético más octreótide. Ante la falta de respuesta se programó para embolización del conducto torácico, previa linfografía por punción inguinal e inyección de lipiodol repleccionando los linfáticos retroperitoneales y conducto torácico. No se logró la embolización, pero la sola inyección de lipiodol logró el sellado definitivo de la fístula. El último paciente es un varón de 57 años intervenido por CPT mediante TT y posterior ablación con radioyodo. Al año se evidenció recidiva ganglionar y se reintervino realizándose vaciamiento ganglionar central y laterocervical izquierdo funcional. Diagnóstico de fístula linfática en el segundo día posoperatorio sin mejoría tras 10 días de tratamiento conservador. Se realizó linfografía con lipiodol por acceso inguinal constatándose el cierre de la fístula sin necesidad de embolización.



Discusión: La fístula del conducto torácico es una patología compleja y potencialmente grave. El manejo inicial es conservador: drenaje aspirativo, dieta exenta de grasas (salvo triglicéridos de cadena media) y análogos de la somatostatina (otreótide). Cuando falla, se impone una estrategia más agresiva. La reintervención cervical puede resultar compleja por la cicatrización tisular y la dificultad para identificar la fístula. Otra opción es la ligadura del conducto torácico por vía toracoscópica. Nuestros pacientes fueron curados endoluminalmente, dos mediante linfografía con lipiodol vía inguinal y el tercero canulando y embolizando el conducto torácico a través del drenaje cervical. Nuestra corta experiencia muestra la utilidad del abordaje endoluminal para el tratamiento de la fístula cervical del conducto torácico, y sugiere la capacidad de sellado de la fístula por un material denso como el Lipiodol, útil tanto para el diagnóstico como para el tratamiento. Estos procedimientos son mínimamente invasivos y se pueden realizar precozmente.