



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-166 - QUILOTÓRAX IATROGÉNICO TRAS ESOFAGUECTOMÍA

Ferre Ruiz, Estefanía; Fernández Aguilar, José Luis; Montiel Casado, Custodia; Rodríguez Cañete, Alberto; Moreno Ruiz, Javier; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: El conducto torácico transporta la linfa desde la cisterna de Pecquet al sistema venoso. Recorre la parte posterior del esófago torácico, pudiéndose lesionar durante una esofaguectomía. Tiene un flujo de 4 L/día, y se compone de lípidos, albúmina y elementos del sistema inmune, por lo que la pérdida del mismo puede llevar a hipovolemia, alteraciones electrolíticas, desnutrición e infecciones/sepsis. El quilotórax posquirúrgico suele diagnosticarse en la primera semana posoperatoria. Tiene una apariencia lechosa y se diagnostica cuando: triglicéridos > 110 mg/d y colesterol < 200 mg/dL en líquido pleural. La presencia de quilomicrones es patognomónica. Sin embargo, los criterios anteriores pueden no cumplirse en situaciones de ayuno: color seroso y niveles de triglicéridos normales. Tiene una baja incidencia (3,7-7,2%), por lo que no hay mucha evidencia acerca del tratamiento óptimo. Generalmente se opta por un manejo conservador: tubo de tórax, dieta absoluta e inicio de nutrición parenteral. Además, se pueden usar análogos de la somatostatina (octeótrido). El manejo quirúrgico se deja para cuando falla del tratamiento conservador. Otras opciones menos invasivas, son la linfografía y embolización del conducto torácico. Para la linfografía se inyecta Lipiodol® en los ganglios inguinales y se visualiza su progresión con fluoroscopia. Además de identificar el punto de fuga, puede tener un rol terapéutico, ya que tiene una textura viscosa y genera una reacción inflamatoria durante su extravasación. Aproximadamente tras 1 h desde la infusión, se opacifica la cisterna de Pecquet y continúa subiendo hasta la fuga. El siguiente paso es puncionar la cisterna de Pecquet y canalizar el conducto torácico, introduciendo más Lipiodol® y microcoils o sustancias adhesivas para obliterar la fuga.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 62 años intervenido de un adenocarcinoma de esófago distal por triple vía mínimamente invasiva. Posoperatorio inmediato sin incidencias, alta al 13^{er} día posoperatorio (dpo). Al 26.^o dpo reingresa por quilotórax. Se inicia manejo conservador. Durante las siguientes 3 semanas drenó 2.500 mL/d e hizo varias bacteriemias. Se realiza una linfangiografía intraganglionar inguinal con Lipiodol®, sin identificar la cisterna de Pecquet. A los días se repitió el procedimiento, sin conseguir identificar tampoco la cisterna, aunque quedaron marcadas múltiples adenopatías ilíacas y paraaórticas. Trascorridos 20 días del primer procedimiento, se realizó una punción percutánea guiada por fluoroscopia de una adenopatía paraaórtica izquierda, dibujándose la cisterna de Pecquet (fig. 1). Se embolizó la fuga con Glubran® diluido con Lipiodol® (1:2) (fig. 2). Alta a los 9 días. Tras 1 año el paciente continúa asintomático, sin evidencia de recidiva de la fuga quílosa.



Figura 1: se consiguió hacer una punción de la adenopatía ~~paravertebral~~ izquierda (asterisco) e inyectar Lipiodol®, dibujando la cisterna de Pecquet (flecha roja)



Figura 2: tras canalizar la cisterna de Pecquet se inyectó contraste en la misma (asterisco amarillo), dibujándose el conducto torácico (flecha azul) y el lugar de la fuga (flecha roja). Se ~~embolizó~~ con Glubran® diluido con Lipiodol® hasta la oclusión total de la fuga y observar discreto reflujo al conducto torácico (flecha blanca)

Discusión: Esta técnica se recomienda cuando persiste la fuga > 2 semanas a pesar del tratamiento conservador, pérdidas > 1.000 ml diarios por más de 5 días o cuando aparecen complicaciones metabólicas graves. La tasa de éxito ronda el 45-78%. Requiere de un equipo especializado, pero resulta una opción terapéutica con mínima morbilidad y alta tasa de éxito, disminuyendo el tiempo de recuperación, especialmente en pacientes con mediastinos manipulados/radiados.