



P-478 - QUILOTÓRAX BILATERAL TRAS BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO

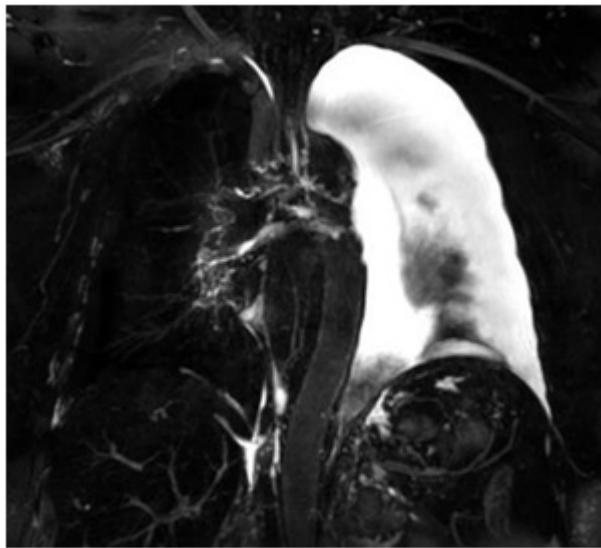
Cánovas de Lucas, Raúl¹; Alfonso Ballester, Raquel²; Aragó Chofre, Pau³; Ballester Rodrigo, Javier³; Pallardó Calatayud, Yolanda³

¹Hospital Arnau de Vilanova, Valencia; ²Hospital Clínico Universitario, Valencia; ³Hospital de Manises, Manises.

Resumen

Objetivos: El quilotórax es una complicación habitual tras algunos procedimientos en cirugía torácica. Su aparición después de una cirugía abdominal es excepcional, y no hay referencias en la literatura de esta complicación tras cirugía bariátrica laparoscópica.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 56 años con obesidad mórbida a la que se le realiza un bypass gástrico laparoscópico, sin incidencias durante la cirugía ni en el postoperatorio inmediato. Reingresa a los 7 días con clínica de disnea. En la Rx simple de tórax se evidencia derrame pleural bilateral, que precisó de colocación de un tubo de drenaje pleural bilateral. A través de este se objetivó la salida de líquido de aspecto lechoso, del cual se obtuvo un estudio bioquímico compatible con quilotórax. Se realizó una infografía intranodal inyectando Lipidol®, objetivando una fuga del contraste a nivel de mediastino inferior y relleno de ambas cavidades pleurales. Ante la sospecha de una lesión de la cisterna de Pecquet y tras el fracaso del manejo conservador inicial, se intentó embolizar el conducto torácico con microcoils y pegamento. Pero el débito continuó siendo alto en días sucesivos, por lo que se decide intervención quirúrgica programada. Se realiza una toracoscopia videoassistida para ligadura del conducto torácico. Tras esto, se evidenció la resolución de la fuga y la evolución de la paciente fue favorable, siendo dada de alta a los pocos días desde la intervención. La causa más frecuente del quilotórax postquirúrgico es la cirugía torácica, y más concretamente después de una cirugía esofágica. En algunos casos tras cirugía abdominal también se ha descrito el quilotórax como complicación, pero en una única ocasión (Zarrweck C. Obes Surg 2009) se ha publicado tras un procedimiento quirúrgico bariátrico: la colocación de una banda gástrica. La lesión del conducto torácico tras la disección del hiato o de algunos vasos linfáticos a este nivel esofágico parecen ser la causa de este tipo de lesiones. El principal objetivo tras el diagnóstico es la localización exacta de la lesión. La embolización del conducto torácico o de los vasos linfáticos dañados cuando el manejo conservador fracasa fue descrita por primera vez por Constantine Cope en 1996, como una alternativa eficaz a la ligadura quirúrgica del mismo. En las series más largas publicadas se muestra una tasa de éxito cercana al 70% de los casos tras una lesión traumática del conducto torácico. Cuando el tratamiento no invasivo falla, se requiere un abordaje quirúrgico. Con los avances en tecnología y habilidades quirúrgicas, se prefiere la ligadura del conducto torácico mediante toracoscopia derecha. Aunque algunos autores recomiendan un abordaje transabdominal, especialmente en cirugías relacionadas con el esófago distal, obteniendo los mismos buenos resultados que el abordaje torácico.



Discusión: Aunque afortunadamente es excepcional, el quilotórax puede presentarse tras una cirugía bariátrica. Se trata de una complicación grave, que requiere de un enfoque multidisciplinar para su correcto diagnóstico y tratamiento.