



P-172 - QUILOTÓRAX TRAS ESOFAGUECTOMÍA LAPAROSCÓPICA TIPO MCKEOWN

Casas Sánchez, Marcos; Chaparro Cabezas, María Dolores; Equisoain Azcona, Artiz; Polaino Moreno, Verónica; Suárez Sánchez, Miguel; Iglesias García, Eva; Torguet Muñoz, María Eugenia; Lucena de La Poza, Jose Luis

Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

Resumen

Introducción: En el tratamiento del cáncer de esófago con intención curativa, la terapia neoadyuvante, la radicalidad de la resección y la extensión de la linfadenectomía aumentan la morbilidad posoperatoria. El quilotórax tras la cirugía esofágica se asocia con altas tasas de mortalidad y su tratamiento puede ser complejo.

Caso clínico: Varón de 77 años, exfumador y tratado por carcinoma de glotis T1N0 T con microcirugía endolaríngea y radioterapia en 2011. Refiere cuadro de disfagia de meses de evolución con diagnóstico de carcinoma epidermoide uT3N1M0 de tercio medio de esófago. El paciente recibe tratamiento neoadyuvante con quimio/radioterapia según protocolo habitual de nuestro centro realizándose posteriormente esofaguestomía por vía laparoscópica y toracoscópica tipo McKeown con ligadura de conducto torácico y sin incidencias intraoperatorias dejando colocado tubo de tórax. El paciente es dado de alta a planta en el primer día posoperatorio. En el tercer día posoperatorio el drenaje endotorácico presenta un débito lechoso de 1L, con triglicéridos (TG) de 818 mg/dL, por lo que se inicia nutrición parenteral y octreótido, disminuyendo el débito progresivamente, volviéndose de aspecto seroso en días posteriores. El 20º día posoperatorio se reintroduce dieta oral exenta en grasas, evidenciándose de nuevo débito lechoso con altos niveles de TG, por lo que se decide realizar lipografía con lipiodol y embolización de la cisterna de Pecquet. Finalmente el paciente es dado de alta tras retirada de drenaje endotorácico ante mínimo débito seroso.

Discusión: La proximidad del conducto torácico al esófago se traduce en una frecuencia de quilotórax tras la cirugía esofágica, que oscila entre el 0% y el 8%. Esta complicación conlleva una mortalidad de hasta el 18% y se asocia con una supervivencia a largo plazo significativamente peor. El diagnóstico del quilotórax se basa en un aumento del débito por el tubo torácico con la alimentación enteral que adquiere un aspecto lechoso. Un nivel de triglicéridos en el líquido pleural > 110 mg/dl o la presencia de quilomicrones es diagnóstico de quilotórax. La ligadura del conducto torácico mediante clips o *hemolock* es un procedimiento habitual en el tiempo torácico de la esofaguestomía. Sin embargo, hay estudios que indican que la ligadura profiláctica del mismo no reduce la incidencia de fuga de quilo posoperatoria. El tratamiento, en la mayoría de los pacientes consiste, en dieta absoluta, nutrición parenteral total y corrección de las pérdidas de líquidos y electrolitos. Igualmente se valora la ligadura quirúrgica del conducto torácico o técnicas percutáneas como la embolización del conducto torácico o la lipangiografía terapéutica con lipiodol, que están ganando cada vez más apoyo como manejo intervencionista inicial y que fueron los tratamientos empleados en nuestro caso.