



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-005 - REINTERVENCIÓN POR FÍSTULA LINFÁTICA TRAS CIRUGÍA DE CÁNCER DE TIROIDES

Brito Pérez, Zaida; Acosta Mérida, María Asunción; Cano Contreras, Laura; Casimiro Pérez, Jose A.; Fernández Quesada, Carlos; Callejón Cara, María del Mar; Piñero González, Luis; Marchena Gómez, Joaquín

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Objetivos: Presentar un caso clínico de una complicación poco frecuente de la cirugía de tiroides; la fuga del conducto torácico.

Caso clínico: Se presenta un caso de una paciente con de carcinoma papilar de tiroides, que presenta fístula linfática cervical de alto débito tras lesión iatrogénica del conducto torácico durante la tiroidectomía total con linfadenectomía. Mujer de 53 años, con antecedentes de dislipemia, histerectomía en 2014 con radioterapia y quimioterapia en 2021 por adenocarcinoma de cérvix. Se diagnostica ese mismo año de bocio multinodular con adenopatía laterocervical izquierda en el nivel IV sospechosa. La citología tras eco-PAAF tanto de uno de los nódulos tiroideos como de la adenopatía, resulta positiva para malignidad, compatible con carcinoma papilar. Se interviene de forma programada, realizándose tiroidectomía total con vaciamiento ganglionar cervical central y funcional izquierdo, evidenciando intraoperatoriamente disrupción del conducto torácico, que se repara con punto por transfixión. La paciente comienza en el segundo día posquirúrgico con eritema y aumento del débito del drenaje de líquido transparente-blanquecino en cantidad de 500 cc compatible con linfa. Se instauran medidas conservadoras mediante dieta absoluta, inicio de nutrición parenteral y tratamiento con perfusión de somatostatina 6 mg/24h iv. Dada la persistencia de elevado débito por el drenaje a pesar del tratamiento médico intensivo se solicita linfografía con intención diagnóstico-terapéutica, que se realiza por el servicio de radiología intervencionista, durante la tercera semana PO, sin conseguir la embolización del conducto torácico. Tras más de 30 días de tratamiento médico intensivo y fracaso del procedimiento intervencionista la paciente comienza con signos de sobreinfección local cervical, por lo que se decide revisión quirúrgica, objetivándose gran edema a tensión, linfocele parcialmente solidificado, líquido turbio infiltrando todos los planos cervicales, fusión de planos cicatriciales con dificultad para individualizar las estructuras anatómicas. Se aprecia fuga del conducto torácico por orificio a nivel de la entrada del mismo antes del ángulo yugulo-subclavio, con vertido activo de linfa desde el trayecto retrocarotídeo-retroesofágico izquierdo. Se disecciona el conducto, se canula y se clipa, comprobando que cesa por completo el vertido de linfa al campo quirúrgico. Sin complicaciones inmediatas. La paciente se recupera de forma satisfactoria.

Discusión: La fístula del conducto torácico a nivel cervical es una complicación rara pero potencialmente grave de la cirugía tiroidea, sobre todo, cuando se realiza linfadenectomía por causa tumoral. Puede tener importantes consecuencias si se prolonga en el tiempo, como la desnutrición (hipoproteïnemia, déficit de vitaminas liposolubles), alteraciones electrolíticas (hipovolemia, hiponatremia y acidosis metabólica), inmunodepresión, tendencia a infecciones, alteraciones en la cicatrización, riesgo de progresión hacia

mediastino y cavidad pleural (quilotórax), aumentando consiguientemente la morbimortalidad y la estancia hospitalaria. Su diagnóstico es clínico y su tratamiento inicial es conservador, pudiéndose indicar un procedimiento invasivo si este fracasa, como la embolización del conducto torácico. Cuando estos tratamientos fracasan, es necesaria la reintervención, que puede ser técnicamente muy demandante a causa de los fenómenos inflamatorios, fibrosis y dificultad de localización del punto de fuga, por lo que debe ser realizada por un equipo experto.