



P-567 - MANEJO DE LA FÍSTULA QUILOSA AXILAR TRAS VACIAMIENTO AXILAR POR CÁNCER DE MAMA

Plazas López, David; Montesinos Meliá, Carmen; Rodríguez, Alejandro; Adriano, Roberto; Gutiérrez, Carmen; Álvarez, Arantxa; Serrano Molina, Alba; Ripoll Orts, Francisco

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Resumen

Introducción: El vaciamiento axilar mantiene indicaciones en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama. Una complicación muy poco frecuente es la fistula quilosa, que se caracteriza por la presencia de débitos altos posoperatorios con aspecto latescente y espeso. Existe escasa bibliografía de las opciones terapéuticas de esta complicación. El objetivo de esta comunicación es presentar el manejo empleado de esta entidad en una paciente sometida a vaciamiento axilar por cáncer de mama. **Caso clínico:** Paciente de 50 años, sin antecedentes de interés, diagnosticada de neoplasia de mama izquierda mediante mamografía y ecografía de 3,5 cm de diámetro en cuadrante superoexterno con axila negativa. La biopsia con aguja gruesa confirma un carcinoma ductal infiltrante con componente *in situ*, grado III, Luminal A. La RMN halla una lesión tumoral multicéntrica de 10 × 6 cm. Se realiza mastectomía izquierda subcutánea con patrón de reducción tipo *wise* y reconstrucción inmediata con prótesis directa, biopsia selectiva del ganglio centinela que fue positivo por OSNA, y vaciamiento axilar reglado. Se deja drenaje aspirativo axilar conectado a sistema de vacío de baja presión. La paciente presenta un posoperatorio inmediato correcto. A las 48 horas, se objetiva drenaje de aspecto lechoso, con un débito diario 400-500 ml. El estudio bioquímico confirma la fistula quilosa. Se inicia tratamiento médico mediante dieta rica en triglicéridos de cadena media y exenta de otras grasas y se retira el vacío en el drenaje. Se consigue disminución progresiva del débito. Finalmente, se retira el drenaje a las dos semanas tras objetivar un descenso del mismo menor de 50 ml/día y de características serosas.

Discusión: La fistula quilosa es una complicación rara secundaria a la linfadenectomía axilar que oscila entre el 0,32% al 0,68%, siendo algo más frecuente en la cirugía de linfadenectomía cervical. Ocurre en el lado izquierdo y se debe a diversas variantes anatómicas de ramificaciones distales del conducto torácico. El diagnóstico de sospecha se realiza por la presencia de débitos mayores a 500 ml/día con aspecto latescente. La presencia de valores de triglicéridos mayor a 110 mg/dL, o la presencia de quilomicrones confirman el diagnóstico. No existe un protocolo de actuación con una alta evidencia científica. El manejo inicial es conservador con modificaciones dietéticas: reducción de alimentos ricos en grasas y aporte de triglicéridos de cadena media. Se ha descrito la utilización de nutrición enteral e incluso nutrición parenteral total. Existe la posibilidad de asociar a este manejo el empleo de somatostatina u octreotido. En el caso de fistulas resistentes al tratamiento médico, se recomienda el tratamiento quirúrgico. Como alternativa menos invasiva se contempla el empleo de técnicas intervencionistas mediante la realización de linfografía nodal y embolización percutánea del conducto torácico o ramas secundarias de este. En nuestro caso, el manejo médico con restricciones dietéticas y la eliminación del vacío en el sistema de drenaje permitió la resolución de esta complicación.