

# Fístula quillosa poslinfadenectomía axilar

## Chylous fistula following axillary lymphadenectomy

La linfadenectomía axilar constituye uno de los pilares en el tratamiento locorregional del cáncer de mama. Entre sus posibles complicaciones se encuentran el seroma, linforrea, linfocele, linfedema crónico y alteraciones sensitivas en la cara interna del brazo<sup>1</sup>. La fístula quillosa es una complicación que se presenta en la cirugía torácica, abdominal y del cuello, pero es poco frecuente en el vaciamiento axilar. Estas complicaciones pueden retrasar el inicio de la terapia adyuvante que pueda necesitar el paciente. Presentamos el caso clínico de una fístula quillosa tras la realización de una linfadenectomía axilar por cáncer de mama. Con este motivo realizamos una revisión bibliográfica sobre la presentación clínica y el tratamiento de esta entidad.

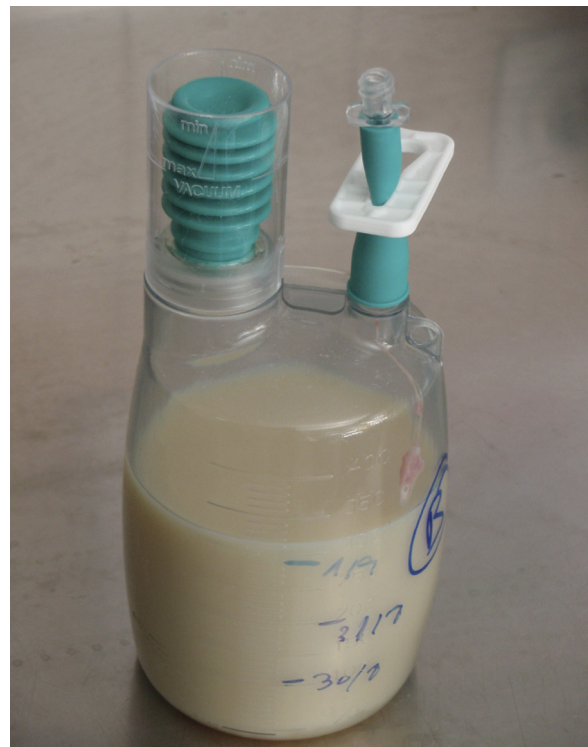
Paciente de 55 años, con antecedentes de alergia al yodo, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, trasplante de hígado por cirrosis hepática hace 10 años, que consultó por haber detectado una tumoración en la mitad superior de la mama izquierda y hemorragia por un orificio del pezón.

Se realizó una mamografía que demostró una pequeña asimetría mamaria con mayor densidad de la mama izquierda, a nivel del cuadrante supero-externo, que presentaba múltiples zonas grasas en su interior y no se acompañaba de distorsión de los tractos ni de microcalcificaciones agrupadas. En la ecografía no se detectaron claras alteraciones dignas de mención. En la resonancia magnética se observaron hallazgos compatibles con lesión de características malignas que afectaban a los cuadrantes superiores de la mama izquierda (probable neoplasia lobulillar) y adenopatías axilares de tamaño patológico. Se realizó biopsia con aguja gruesa (BAG) de la mama izquierda que resultó positiva para carcinoma ductal infiltrante grado II y carcinoma ductal in situ sin invasión vascular. El estudio inmunohistoquímico reveló: receptor de estrógeno (-), receptor de progesterona (-), Ki67: 65% y Her 2/neu 45 (c-erbB2): 1+. Se completó el estudio de extensión con una tomografía computarizada torácica y gammagrafía ósea que no mostraron afectación metastásica. Se presentó el caso en el Comité de Cáncer de Mama y se decidió intervención quirúrgica y tratamiento adyuvante. Fue intervenida mediante mastectomía izquierda según técnica de Madden y linfadenectomía axilar izquierda de los niveles I y II. El estudio anatomopatológico reveló un carcinoma ductal infiltrante, grado III de Nottingham (T:2; P:3; M:3), multicéntrico, de un tamaño aproximado de 10 × 10 cm; carcinoma intraductal de alto grado con comedonecrosis intratumoral; infiltración neoplásica en 6 ganglios linfáticos de los 12 ganglios aislados; invasión vascular linfática; estadio patológico: pT3 pN2a. Los márgenes de resección quirúrgicos estaban libres de afectación neoplásica. El estudio inmunohistoquímico mostró receptor de estrógeno (-), receptor de progesterona (-), Her 2/neu 45 (-) y Ki67: 24%.

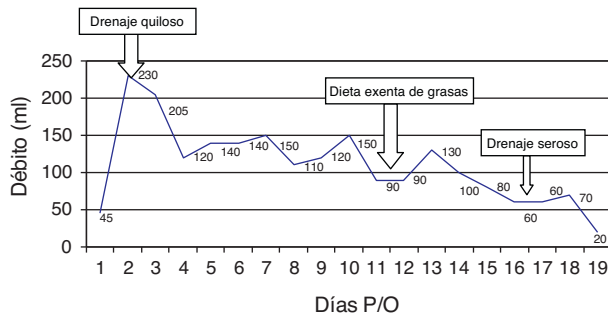
En el segundo día del periodo postoperatorio el débito por el drenaje axilar fue de 230 mL, y partir del quinto día sus características eran muy sugestivas de tratarse de un derrame

quilloso (fig. 1). En el análisis del líquido extraído se demostró que contenía 2.751 mg/dL de triglicéridos. Tras indicar una dieta exenta de grasas, se consiguió disminuir el débito a 90 mL/día, modificándose las características del líquido, lo que permitió la retirada del drenaje a los 20 días y el alta de la paciente (fig. 2). En los controles posteriores de 3 meses en la consulta de Cirugía no se ha observado seroma, ni otra complicación, y la paciente pudo iniciar el tratamiento adyuvante con radioterapia y quimioterapia.

La fístula quillosa es una complicación poco habitual en la linfadenectomía axilar, habiéndose descrito hasta 10 casos en la revisión de la literatura<sup>2,3</sup>. Se puede producir debido a lesión de canales linfáticos aberrantes relacionados con el conducto torácico. Estudios anatómicos han demostrado que, en más del 30% de los casos, el conducto torácico se ramifica y hasta un 4% desemboca en el sistema venoso a través de estas ramificaciones múltiples<sup>4</sup>; en estos casos, un 1% desemboca en la porción más alta y medial de la vena axilar. Estas variaciones anatómicas hacen que el problema sea más frecuente en las linfadenectomías del lado izquierdo. Por lo general, la linfadenectomía se realiza fuera del área donde se unen el conducto torácico y el sistema venoso.



**Figura 1 – Aspecto lactescente del líquido acumulado en el dispositivo del drenaje axilar.**



**Figura 2 – Gráfica que muestra la evolución de los débitos y características del líquido del drenaje axilar.**

El diagnóstico se realiza ante la sospecha de débitos altos de los drenajes axilares postoperatorios (mayores a 500 mL/día) o cuando se presenta un derrame latescente y espeso; se confirma con el estudio del contenido en triglicéridos del mismo ( $> 110$  mg/dL) y/o con un alto porcentaje de quilomicrones. Se estima que valores de triglicéridos por encima de 110 mg/dL, son diagnósticos de fistula quilosa, mientras que valores entre 50 y 110 mg/dL precisan de determinación del contenido de quilomicrones, para confirmar el diagnóstico<sup>5</sup>. Como diagnóstico complementario se recomienda la linfografía y la linfogramagrafía, que se utilizan para valorar la lesión del conducto torácico<sup>6</sup>.

Durante la linfadenectomía axilar, especialmente en el lado izquierdo, debe evitarse la lesión de canalículos linfáticos en la porción más profunda del hueco axilar, pero si la fistula quilosa se evidencia durante la cirugía, se debe proceder a la ligadura de los mismos. Si se presenta en el periodo postoperatorio inmediato, se debe realizar un tratamiento conservador<sup>2,7,8</sup>. Cuando el líquido del drenaje adquiere un aspecto quiloso después de iniciar la ingestión de alimentos, se recomienda instaurar una dieta exenta de grasas e incluso, para los casos más persistentes, nutrición parenteral periférica o enteral con triglicéridos de cadena media<sup>9</sup>. Se puede tomar en consideración la utilización de inhibidores de la secreción digestiva (somatostatina, octreótido), tal como se ha aplicado para el tratamiento del quilotorax<sup>10</sup>. Solo de forma excepcional se podría considerar el abordaje quirúrgico para tratar de ligar los vasos responsables del derrame<sup>5</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Taylor K. Morbidity associated with axillary surgery for breast cancer. *A NZ J Surg.* 2004;74:314–7.
2. Gottlieb MI, Greenfield J. Variations in the terminal portion of the human thoracic duct. *AMA Arch Surg.* 1956;73:955–9.
3. Piñero A, Galindo P, Illana J, Parrilla P. Fístula quilosa postlinfadenectomía axilar. *Rev Senología Patol Mam.* 2007;20:29–32.
4. Abdelrazeq A. Lumphoscintigraphic demonstration of chylous leak after axillary lymph node dissection. *Clin Nucl Med.* 2005;30:299–301.
5. Nakajima E, Iwata H, Iwase T, Murai H, Mituhito M, Miura S, et al. Four cases of chylous fistula after breast cancer resection. *Breast Cancer Res Treat.* 2004;83(11–14).
6. Harlak A, Karahatay S, Onguru O, Menten O, Gerek M, Chyle T. Fistula after neck dissection for an unusual breast cancer recurrence. *Breast Care.* 2008;3:274–6.
7. Cong M, Liu Q, Zhou W, Zhu J, Song C, Tian X. Six cases of chylous leakage after axillary lymph node dissection. *Onkologie.* 2008;31:321–4.
8. Sakman G, Parsak C, Demircan O. A rare complication in breast cancer surgery: chylous fistula and its treatment. *Acta Chir Belg.* 2007;107:317–9.
9. Younus M, Chang R. Chyle fistulae: treatment with total parenteral nutrition. *J Laryngol Otol.* 1988;102:384.
10. Gómez-Caro A, Marrón C, Moradiellos F, Díaz-Hellín V, Pérez J, Martín de Nicolás JL. Octreotide for conservative management of postoperative chylotorax. *Arch Broconeumol.* 2004;40:473–5.

Erene V. Flores\*, Gonzalo de Castro,  
Enrique Casal y Constantino Sobrino

Unidad de Senología y Patología Mamaria, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Xeral-Cies, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [rne227@yahoo.com](mailto:rne227@yahoo.com) (E.V. Flores).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2012 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2012.09.004>