



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-561 - FÍSTULA QUILOSA TRAS LINFADENECTOMÍA AXILAR EN CÁNCER DE MAMA

Hernández I Santiago, Assumpta¹; Hernández Roca, Belén¹; Seguí Orejuela, Jordi¹; Hernández Ferriz, Ana Belén¹; Coloma Lidón, José Vicente¹; Campo Betancourth, Carlos Felipe¹; Ramia Ángel, José Manuel²

¹Hospital General de Elda, Elda; ²Hospital General Universitario, Alicante.

Resumen

Introducción: La fístula quilosa es una complicación frecuente en la cirugía de la región torácica y del cuello, sin embargo, es muy rara asociada a la linfadenectomía axilar, con una incidencia inferior al 0,5%. Las complicaciones más asociadas de la linfadenectomía axilar son el seroma, el linfedema y las alteraciones sensitivas del miembro superior. Presentamos un caso y revisamos sistemáticamente la literatura.

Caso clínico: Mujer, 58 años, sin antecedentes de interés que es diagnosticada de carcinoma ductal infiltrante de mama izquierda. Tras revisión en el Comité de Patología Mamaria se decide tumorectomía con arpon de la mama izquierda y biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC). Durante la intervención, la BSGC es positiva para macrometástasis por lo que se completa con una linfadenectomía axilar del nivel II. Durante el ingreso hospitalario no tiene ninguna complicación y es dada de alta al primer día posoperatorio, manteniendo el drenaje axilar, con revisión en consultas externas. Al cuarto día posoperatorio, en consulta se objetiva un drenaje de características lechosas, compatible con un posible drenaje quiloso. Se toma muestra para análisis bioquímico y se obtiene una cifra de triglicéridos de 1.095 mg/dL y positivo para quilomicrones, con lo que se diagnostica de fístula quilosa. Ante esta situación, se decide realizar un tratamiento conservador iniciando una dieta exenta de grasas. Tras 33 días de seguimiento estrecho en consultas externas, presenta un drenaje claramente seroso y escaso, y se decide retirada del drenaje. En revisiones posteriores no ha tenido más complicaciones con buena cicatrización de las heridas.

Discusión: Tras realizar una revisión sistemática de la literatura, hemos encontrado 40 casos de fístula quilosa asociada a la cirugía de la axila en el cáncer de mama. En la mayoría de ellos, siendo del lado izquierdo de la mama. La principal hipótesis de este hecho es la lesión de ramas terminales del conducto torácico aberrantes o anomalías congénitas del mismo, que desembocarían cerca de la yugular interna del lado izquierdo, muy cercanas a la región de disección axilar, unos 4-5 cm de la misma, por otro lado, siendo muy raro su aparición en el lado derecho por la baja prevalencia de un conducto torácico derecho. Respecto al diagnóstico, la mayoría de los casos debutan en los 3 primeros días posoperatorios en forma de drenaje de características blanquecinas y lechosas, siendo la confirmación diagnóstica con el análisis bioquímico de la presencia de triglicéridos y quilomicrones. Finalmente, respecto al tratamiento, la mayoría se solucionan de forma conservadora limitando la ingesta de alimentos grasos y manteniendo el drenaje hasta disminución del débito. En

casos más graves, se puede optar por una dieta estricta con grasas de cadena media, dieta absoluta con nutrición parental y el uso de somatostatina o octeótrido. La cirugía solo se indica en casos más graves con persistencia del débito quiloso en el tiempo, y se suele realizar una revisión quirúrgica y valorar la necesidad de ligar los vasos linfáticos que se objetivan durante la misma.