



292 - FÍSTULA QUILOSA: EXPERIENCIA EN SU MANEJO CLÍNICO Y ANÁLISIS DE VARIABLES NUTRICIONALES Y BIOQUÍMICAS

S. Torres Degayón¹, A. Jiménez Sánchez¹, L. Baena Ariza¹, L. González Gracia¹, B. Oulad Ahmed², I. González Navarro¹, P. Serrano Aguayo¹, J.L. Pereira Cunill¹, A.J. Martínez Ortega¹ y P.P. García Luna¹

¹UGC de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ²UGC de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Resumen

Introducción: Analizamos una cohorte de fístulas quíloas atendida según práctica habitual en un hospital de referencia.

Métodos: Muestreo por casos consecutivos incidentes desde 06/2022 hasta 09/2024 y seguimiento finalizado. Variables vía historia clínica. Numéricas sintetizadas como mediana (IQR). Recogida en diferentes momentos (predebut, debut, evolución, curación y revisión) de estos analitos: linfocitos (n y %), proteínas totales (g/dL), Na (mEq/L), K (mEq/L), Ca corregido (mg/dL), P (mg/dL) y Mg (mg/dL). Se comparó su evolución según Kruskal-Wallis.

Resultados: 20 pacientes, 11/20 (55%) hombres y edad 67 (21) años. Localización abdominal 13/20 (65%), torácica 4/20 (20%) y cervical 3/20 (15%). Diagnóstico por aspecto macroscópica del drenaje 14/20 (70%), paracentesis 3/20 (15%) y toracocentesis en 3/20 (15%). Patologías sobre todo neoplásicas: páncreas 4/20 (20%), linfoma 3/20 (15%), ORL 2/20 (10%) y sarcoma retroperitoneal 2/20 (10%), entre otros. Hubo 3/20 (15%) casos no malignos (histerocele, trasplante hepático y schwannoma mediastínico). Cirugías abdominales vía laparoscópica 6/12 (50%), laparotómica 5/12 (41,7%) y vaginal 1/12 (8,3%). Valoración nutricional: IMC al debut 24,2 (5,1) kg/m². Desnutrición en 7/20 (35%), con 3/7 (42,8%) grave, 3/7 (42,8%) moderada y 1/7 (14,3%) leve. Tratamiento: suplementación 19/20 (95%), 1/20 (5%) sonda, nutrición parenteral complementaria 6/20 (30%), infusión de lípidos 5/20 (25%). Octreótide 15/20 (75%). Evolución: tiempo de debut 7 (5) días. Débito inicial 500 (719) mL/día, máximo 838 (988) mL/día. Tiempo de cierre 14 (9) días. Linfocitos (%) ($p = 0,01$), proteínas totales ($p < 0,001$) y K ($p = 0,015$) mostraron diferencias significativas. Aparecieron alteraciones hidroelectrolíticas en 10/20 (50%), infecciones en 6/20 (30%) y *exitus* en 2/20 (10%) casos.

Conclusiones: Las fístulas quíloas fueron clínica y etiológicamente heterogéneas. Se asociaron a un 35% de desnutrición, afectando a los niveles de linfocitos y proteínas totales.