

CARTA AL EDITOR

Embolización percutánea del conducto torácico como alternativa terapéutica de la fístula quillosa tras cirugía tiroidea

Percutaneous embolization of the thoracic duct as a therapeutic alternative to chylous fistula after thyroid surgery

Sr. Editor:

Hemos leído con especial interés el artículo de su revista «Fístula quillosa como complicación de la cirugía tiroidea en enfermedad maligna», de Ríos et al.¹, publicado recientemente en este mismo año y en el que se describe una serie de 9 pacientes en los que se compara el tratamiento conservador con el tratamiento quirúrgico de la fístula quillosa tras cirugía tiroidea. Incluye además una revisión magistral del manejo de las fístulas quillosas de todo tipo, explicando además la necesidad de drenaje y la utilidad de los análogos de la somatostatina, ya descrita en trabajos previos².

Debido a nuestra experiencia reciente con un caso que a continuación comentaremos, nos gustaría añadir como otra opción terapéutica para esta complicación la realización de una linfografía con embolización vía percutánea del conducto torácico (LECT). Esta técnica, poco invasiva, segura y menos lesiva para el paciente, puede utilizarse en las fístulas de alto débito (mayor de 500 cc/día)³ sin mejoría con tratamiento conservador, como alternativa al tratamiento quirúrgico⁴, e incluso como primera opción terapéutica temprana (5-7 días) para evitar la desnutrición⁵. Dicha técnica consiste en canalizar vasos (generalmente pedios) o ganglios linfáticos (más frecuentemente inguinales, de manera ecoguiada) e instilar 10-20 ml de lipiodol como medio de contraste para la linfografía. Después, con guía fluoroscópica, se punciona, o bien la cisterna del quilo de manera percutánea transabdominal, o directamente el conducto torácico a nivel cervical. Tras la canalización, se insertan una microguía y un microcatéter, que se avanzan a través del conducto torácico hasta la zona de extravasación. Una vez en la región de la fístula, se liberan microcoils o pegamento acrílico para embolizar el conducto torácico proximal y distalmente al punto de fuga^{5,6}.

En nuestro caso, se intervino a una mujer de 37 años de una tiroidectomía por carcinoma papilar de tiroides, que

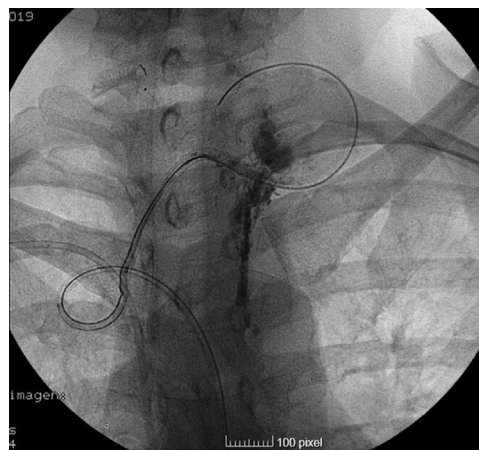


Figura 1 Cateterización del conducto torácico tras linfografía transnodal, donde se aprecia la fuga de contraste a nivel del tercio medio de la clavícula.

a los 2 años se completó con vaciamiento cervical para-traqueal izquierdo por recidiva ganglionar (se extrajeron 48 ganglios, de los cuales 14 estaban afectados). A las 48 h de la cirugía, presentó salida por los drenajes de material quilloso, con débito de 1.000-1.500 cc diarios, que no respondió a medidas conservadoras (nutrición parenteral y análogos de somatostatina). Finalmente, se optó por una LECT por parte del servicio de Radiología Intervencionista de referencia, que se realizó a los 15 días de la intervención. La técnica consistió en una linfografía transnodal, confirmando la fuga de contraste a nivel supraclavicular, y tras la punción directa del conducto torácico junto a la fuga y microcateterización del mismo, se realizó una embolización con Glubran 2®-Lipiodol® de Cardiolink Group (fig. 1).

La técnica no requirió de ningún cuidado específico tras su realización y la paciente evolucionó satisfactoriamente, cerrándose completamente la fístula quillosa, pudiendo ser dada de alta a las 48 h con un débito de aproximadamente 500 cc de aspecto serohemático, que fue disminuyendo progresivamente hasta la retirada del drenaje de manera ambulatoria, a los 5 días tras la LECT.

Esta técnica, clásicamente utilizada para las lesiones del conducto torácico a nivel toracoabdominal⁷, ha sido

Tabla 1 Resumen de los casos publicados de embolización del conducto torácico tras cirugía cervical

	Paciente	Cirugía inicial	Tiempo hasta embolización	Técnica embolización	Hospitalización
Van Goor et al. (2006) ⁸	Mujer 55 años	Tiroidectomía con linfadenectomía izquierda niveles II-V	21 días Recidiva al 5.º día, se repite al día 31	Linfografía transnodal inguinal con lipiodol Cateterización de la cisterna del quilo con embolización con microcoils	42 días
Van Goor et al. (2007) ⁸	Mujer 63 años	Tiroidectomía con linfadenectomía bilateral niveles II-V	14 días	Linfografía transnodal inguinal con lipiodol Punción directa conducto torácico con embolización con microcoils	29 días
Patel et al. (2008) ⁹	Mujer 61 años	Laringuectomía total con linfadenectomía selectiva bilateral por carcinoma escamoso subglótico	-	Linfografía transnodal inguinal con lipiodol Punción directa conducto torácico con embolización con microcoils	-
Chen et al. (2015) ¹⁰	Varón 51 años	Linfadenectomía radical izquierda tras carcinoma escamoso de lengua	24 días	Linfografía transnodal inguinal con lipiodol Cateterización de la cisterna del quilo con embolización con microcoils	31 días

probada previamente en fístulas quilosas cervicales tras cirugía de cuello, con buenos resultados: únicamente hemos encontrado 3 artículos en los que describieron casos de fístula quilosa causada específicamente por cirugía cervical en los que aplican la LECT (tabla 1). Todos ellos han tenido buenos resultados, con resolución completa de la fístula y sin morbilidad asociada, a excepción de uno de ellos, que tuvo que repetirse al 5.º día por persistencia de la fístula y que, tras la segunda LECT, se consiguió el cierre completo de la misma⁸.

En resumen, podemos concluir que la embolización del conducto torácico es una técnica mínimamente invasiva, con baja morbilidad, efectiva y factible de realizar por un servicio de Radiología Vascular Intervencionista, que puede utilizarse como alternativa terapéutica o incluso como tratamiento de elección en las fístulas quilosas de alto débito.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido ninguna ayuda económica para la realización de este trabajo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses para la realización de este trabajo.

Bibliografía

- Ríos A, Rodríguez JM, Torregrosa NM, Hernández AM, Parrilla P. Chyle fistula as complication of thyroid surgery in malignant pathology. *Endocrinol Diabetes Nutr.* 2019;66(4):247-53.
- Swanson MS, Hudson RL, Bhandari N, Sinha UK, Maceri DR, Kokot N. Use of octreotide for the management of chyle fistula following neck dissection. *JAMA Otolaryngol-Head Neck Surg.* 2015;141(8):723-7.
- Polistena A, Vannucci J, Monacelli M, Lucchini R, Sanguinetti A, Avenia S, et al. Thoracic duct lesions in thyroid surgery: An update on diagnosis, treatment and prevention based on a cohort study. *Int J Surg.* 2016;28:S33-7.
- Campisi CC, Boccardo F, Piazza C, Campisi C. Evolution of chylous fistula management after neck dissection. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2013;21(2):150-6.
- Scorza LB, Goldstein BJ, Mahraj RP. Modern management of chylous leak following head and neck surgery: A discussion of percutaneous lymphangiography-guided cannulation and embolization of the thoracic duct. *Otolaryngol Clin North Am.* 2008;41(6):1231-40.
- Lee EW, Shin JH, Ko HK, Park J, Kim SH, Sung K-B. Lymphangiography to treat postoperative lymphatic leakage: A technical review. *Korean J Radiol.* 2014;15(6):724-32.
- Cope C. Diagnosis and treatment of postoperative chyle leakage via percutaneous transabdominal catheterization of the cisterna chyli: A preliminary study. *J Vasc Interv Radiol.* 1998;9(5):727-34.
- Van Goor AT, Kröger R, Klomp HM, de Jong MAA, van den Brekel MWM, Balm AJM. Introduction of lymphangiography and

- percutaneous embolization of the thoracic duct in a stepwise approach to the management of chylous fistulas. *Head Neck*. 2007;29(11):1017–23.
9. Patel N, Lewandowski RJ, Bove M, Nemcek AA, Salem R. Thoracic duct embolization: A new treatment for massive leak after neck dissection. *Laryngoscope*. 2008;118(4):680–3.
 10. Chen C-Y, Chen Y-H, Shiau E-L, Liang H-L, Chang H-S, Chen H-C, Chen A, editor Therapeutic role of ultrasound-guided intranodal lymphangiography in refractory cervical chylous leakage after neck dissection: Report of a case and review of the literature. *Head Neck*. 2016;38(2):E54–60.

Diego Flores-Funes^{a,b,*}, Joana Aina Miguel Perelló^{a,b},
Antonio Capel-Alemán^{b,c} y Benito Manuel Flores-Pastor^{a,b}

^a *Servicio de Cirugía General, Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia, España*

^b *Universidad de Murcia, Facultad de Medicina, IMIB-Arrixaca, Campus de Excelencia Internacional Mare Nostrum, Murcia, España*

^c *Servicio de Radiología, Unidad de Radiología Vascular Intervencionista, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: diego.ff90@gmail.com

(D. Flores-Funes).