

ción del HPP. La PAAF y la PTH intraquística realizadas posteriormente confirmaron el origen paratiroideo de la PTH.

Respecto al tratamiento de la CP, un rápido reconocimiento de la misma junto con un tratamiento inmediato de la hipercalcemia son imprescindibles para disminuir la mortalidad<sup>12</sup>. El tratamiento médico rara vez restablece la normocalcemia, por lo que el tratamiento definitivo es el quirúrgico, con un 98% de curación y 2,3% de complicaciones, cuando es realizado por cirujanos experimentados. Mientras se programa la intervención quirúrgica de forma preferente, se estabiliza al paciente con infusión de 2-4 l de suero salino 0,9%, furosemida, calcitonina y bifosfonatos por vía intravenosa, llegando a precisarse hemodiálisis en determinados casos.

El presente caso pone de manifiesto la necesidad de realizar una calcemia en pacientes sin antecedentes de interés, en los que se detecta un deterioro de la función renal y litiasis renal, para descartar un hiperpartiroidismo primario asociado. Asimismo hay pensar en las alteraciones metabólicas, entre ellas la hipercalcemia, como causa del deterioro del nivel de conciencia e iniciar un tratamiento médico intensivo inmediato.

## Bibliografía

1. Fraser WD. Hyperparathyroidism. Lancet. 2009;374:145–58.
2. Ntaios G, Savopoulos C, Chatzinikolaou A, Kaiafa G, Hatzitolios A, Karamitsos D. Parathyroid crisis as first manifestation of primary hyperparathyroidism. Eur J Intern Med. 2007;18:551–2.
3. Marienhagen K, Due J, Hanssen TA, Svartberg J. Surviving extreme hypercalcaemia-a case report of the literature. J Intern Med. 2005;258:86–9.
4. Fitzpatrick LA, Bilezikian JP. Acute primary hyperparathyroidism. Am J Med. 1987;82:275–82.
5. Cao H, Lai CK, Head CS, Sercarz JA. Cystic parathyroid presenting as an apparent thyroid goiter. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2008;265:1285–8.
6. Halenka M, Frysak Z, Koranda P, Kucerova L. Cystic parathyroid adenoma within a multinodular goiter: a rare cause of primary hyperparathyroidism. J Clin Ultrasound. 2008;36:243–6.
7. Wani S, Hao Z. Atypical cystic adenoma of the parathyroid gland: case report and review of literature. Endocr Pract. 2005;11:389–93.
8. Wirowski D, Wicke C, Böhner H, Lammers BJ, Pohl P, Schwarz K, et al. Presentation of 6 cases with parathyroid cysts and discussion of the literature. Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2008;116:501–6.
9. Tublin ME, Pryma DA, Yim JH, Ogilvie JB, Mountz J, Bencherif B, et al. Localization of parathyroid adenomas by sonography and technetium Tc 99m sestamibi single-photon emission computed tomography before minimally invasive parathyroidectomy. Are both studies really needed? J Ultrasound Med. 2009;28: 183–90.
10. VanHouten JN, Yu N, Rimm D, Dotto J, Arnold A, Wysolmerski JJ, et al. Hypercalcemia of malignancy due to ectopic transactivation of the parathyroid hormone gene. Clin Endocrinol Metab. 2006;91:580–3.
11. Faggiano A, Tavares LB, Tauchmanova L, Milone F, Mansueto G, Ramundo V, et al. Effect of treatment with depot somatostatin analogue octreotide on primary (PHP) in multiple endocrine neoplasia type 1 (MEN1) patients. Clin Endocrinol. 2008;69:756–62.
12. Van den Hauwe K, Oeyen SG, Schrijvers BF, Decruyenaere JM, Buylaert WA. A 50-year-old man with severe hypercalcemia: a case report. Acta Clin Belg. 2009;64: 442–6.

Guillermo Serra Soler<sup>a,\*</sup>, Honorato García Fernández<sup>a</sup>, Julia Quevedo Juanals<sup>a</sup>, Iñaki Argüelles Jiménez<sup>a</sup> y Paula Carrillo García<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Son Espases, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España

<sup>b</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Son Espases, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [gserseol@hotmail.com](mailto:gserseol@hotmail.com) (G. Serra Soler).

doi:10.1016/j.endonu.2010.09.010

## Fístula quilosa cervical tras linfadenectomía por carcinoma papilar de tiroides tratada con análogos de la somatostatina

### Cervical chylous fistula after lymphadenectomy for papillary thyroid carcinoma treated with somatostatin analogs

Sr. Editor:

El desarrollo de una fístula quilosa, por lesión del conducto torácico o uno de sus afluentes, tras la disección y/o linfadenectomía cervical, es una complicación infrecuente durante la cirugía del carcinoma tiroideo. Diversas modalidades de tratamiento han sido descritas, siendo la cirugía

una opción reservada al fracaso de las mismas. Describimos un caso de una fístula quilosa en el postoperatorio de una tiroidectomía, con linfadenectomía por carcinoma papilar de tiroides, que se resolvió de forma conservadora con el uso de análogos de la somatostatina (octreótido).

Paciente mujer de 34 años, sin antecedentes de interés, que consultó por un cuadro de hipotiroidismo subclínico. La exploración física puso de manifiesto la presencia de un nódulo pétreo de unos 2 cm, a expensas del lóbulo tiroideo izquierdo, sin palparse adenopatías cervicales. En el estudio preoperatorio se practicó una determinación de hormonas tiroideas y anticuerpos antitiroideos, que no mostraron alteraciones significativas. Una ecografía informó de la presencia de un nódulo de 11 milímetros en lóbulo tiroideo izquierdo con calcificación grosera en su interior. La punción aspiración con aguja fina de la lesión, informó de la presencia de un carcinoma papilar de tiroides, por lo que

se intervino quirúrgicamente realizando tiroidectomía total con vaciamiento ganglionar cervical central y yugular bilateral. El estudio histológico definitivo confirmó la presencia de un carcinoma papilar de tiroides de 1,7 cm con afectación de uno de los ganglios del compartimento central y de un ganglio en ambas cadenas yugulares. Una semana después de la cirugía, la paciente refirió la presencia de una tumefacción fluctuante a la palpación, en región cervical izquierda. Durante la punción (fig. 1) se obtuvo un líquido blanquecino (linfa). Tras tres evacuaciones con cadencia semanal, se instauró tratamiento combinado con dieta rica en ácidos grasos de cadena media y octreótido (0,1 µg/8 horas de aplicación subcutánea), produciéndose la curación de la fistula en la primera semana del tratamiento.

La presencia de una fistula quilosa durante el postoperatorio en cirugía cervical es una complicación infrecuente, asociada a disecciones extensas de la región cervical<sup>1</sup>. La aparición de una fistula quilosa se describe con mayor frecuencia en el lado izquierdo, por la desembocadura del conducto torácico en el confluente yugulosubclavio. La lesión suele ser inapreciable de inicio y manifestarse como salida de un líquido de aspecto lechoso por el drenaje en los días subsiguientes a la intervención o por el desarrollo de una colección líquida tras la retirada del drenaje, como ocurrió en nuestro caso. Entre las terapias descritas para el tratamiento de dicha complicación se encuentran: medidas dietéticas como la instauración de una dieta ente-

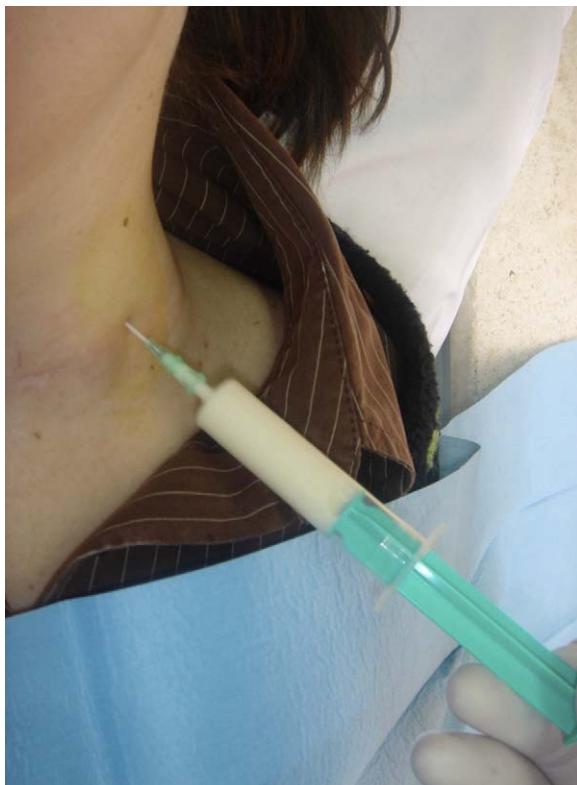


Figura 1 Punción diagnóstica de tumefacción postoperatoria de color blanquecina (linfa) característica de la lesión del conducto torácico o uno de sus afluentes.

ral pobre en grasas con ácidos grasos de cadena media<sup>2</sup>, que no precisan de su incorporación al torrente sanguíneo vía conducto torácico, o someter al paciente a una dieta absoluta con nutrición parenteral total. El papel de la dieta está siendo controvertido actualmente<sup>3</sup>. También se han comunicado otras medidas locales, como la instilación de diferentes sustancias esclerosantes<sup>4</sup>. La cirugía, con cervicotomía y localización del origen de la lesión del conducto torácico es a menudo infructuosa y las medidas quirúrgicas más agresivas como la ligadura del conducto torácico por toracotomía o videotoracoscopia, no están exentas de una morbilidad importante<sup>5-7</sup>. La somatostatina y sus derivados (octreótido) han sido descritos en el tratamiento del quilotórax de diferente etiología. Al disminuir el flujo portal y las secreciones digestivas, reduce significativamente el flujo linfático a través del conducto torácico, disminuyendo también el volumen de la fistula. El uso de somatostatina o uno de sus análogos (octreótido), es una opción interesante, fundamentalmente para el manejo de lesiones pequeñas del conducto torácico, donde una disminución del flujo por el mismo puede dar como resultado el cierre espontáneo del defecto<sup>8</sup>.

## Bibliografía

1. Gregor RT. Management of chyle fistulisation in association with neck dissection. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2000;122: 434-9.
2. Merante Boschin I, Meduri F, Toniato A, Pagetta C, Casalide E, Rubello D, et al. Cervical lymphorrhea after nodal dissection: role of fasting based on clinical evidence. *Minerva Chir.* 2006;61:57-62.
3. Smoke A, Delegge MH. Chyle leaks: consensus on management? *Nutr Clin Pract.* 2008;23:529-32.
4. Seelig MH, Klingler PJ, Oldenburg WA. Treatment of a postoperative cervical chylous lymphocele by percutaneous sclerosing with povidone-iodine. *J Vasc Surg.* 1998;27:1148-51.
5. Gunnlaugsson CB, Iannettoni MD, Yu B, Chepeha DB, Teknos TN. Management of chyle fistula utilizing thoracoscopic ligation of the thoracic duct. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec.* 2004;66:148-54.
6. Kumar S, Kumar A, Pawar DK. Thoracoscopic management of thoracic duct injury: Is there a place for conservatism? *J Postgrad Med.* 2004;50:57-9.
7. La Hei ER, Menzie SJ, Thompson JF. Right chylothorax following left radical neck dissection. *Aust N Z J Surg.* 1993;63:77-9.
8. Priego Jiménez P, Collado Guirao MV, Rojo Blanco R, Grajal Marino R, Rodríguez Velasco G, García Villanueva A. Chyle fistula in right cervical area after thyroid surgery. *Clin Transl Oncol.* 2008;10:593-6.

Pedro Antonio Cascales Campos\*, Antonio Ríos Zambudio, José Manuel Rodríguez González y Pascual Parrilla Paricio

Unidad de Cirugía Endocrina, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [cascalex@yahoo.es](mailto:cascalex@yahoo.es)  
(P.A. Cascales Campos).

doi:10.1016/j.endonu.2010.10.007