

Fístula del conducto torácico. Tratamiento médico con octreótida

Daniel Bejarano Glez-Serna^a, Antonio Utrera-Glez^a, José María Cordoncillo-Prieto^b, Fernando de la Portilla de Juan^a, Ricardo Rada-Morgades^a y Gonzalo Carranza-Albarran^a

^aServicio de Cirugía General. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

^bServicio de Otorrinolaringología. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. España.

Resumen

La fístula del conducto torácico en una complicación poco frecuente tras la cirugía cervical. El primer escalón terapéutico es el tratamiento médico, con un adecuado drenaje y mediante medidas dietéticas.

El uso de la octreótida en el tratamiento de la fístula quillosa es novedoso, y los casos comunicados son anecdóticos.

Aportamos un nuevo caso en que el tratamiento con octreótida fue efectivo en el tratamiento de la lesión del conducto torácico y el cierre temprano de la fístula, con mínimos efectos secundarios. Este tratamiento permite reducir la estancia hospitalaria y la morbilidad del paciente. Creemos necesarios estudios posteriores que confirmen estos hallazgos.

Palabras clave: Fístula quillosa. Octreótida.

CHYLE FISTULA. MEDICAL MANAGEMENT WITH OCTREOTIDE

Chyle fistula is an infrequent complication after neck surgery. The first line treatment is medical management, with adequate drainage and appropriate nutritional modifications.

The use of octreotide in the treatment of chyle fistula is a novel approach that has been documented in only a few cases.

We report a new case of thoracic duct injury effectively treated by octreotide, leading to an early decrease in drainage and early fistula closure with minimal adverse effects. This therapy may reduce length of hospital stay and morbidity. Further studies are required to confirm this observation.

Key words: Chyle fistula. Octreotide.

Introducción

La lesión del conducto torácico es una complicación rara, aunque prevalente, tras la cirugía cervical o torácica. Asimismo, el diagnóstico intraoperatorio es difícil debido al bajo flujo a través del conducto torácico, y se pone de manifiesto en el postoperatorio inmediato cuando se objetiva el débito de líquido de aspecto lechoso por el drenaje o por la herida quirúrgica.

El uso de la octreótida para el tratamiento de estas fístulas ha sido descrito en estudios experimentales sobre animales¹; asimismo, hemos encontrado 4 casos comunicados en la bibliografía consultada²⁻⁵.

Presentamos un caso en el que la octreótida resolvió la fístula del conducto torácico tras 48 h de instaurar el tratamiento.

Correspondencia: Dr. D. Bejarano.
Servicio de Cirugía General.
Hospital General Juan Ramón Jiménez.
Ronda Norte, s/n. 21005 Huelva. España.
Correo electrónico: danielbejarano@terra.es

Manuscrito recibido el 10-12-2004 y aceptado el 17-2-2005.

Caso clínico

En diciembre de 2002 una paciente de 70 años es remitida a nuestro centro para la evaluación y el tratamiento de una tumoración cervical de 2 años de evolución. La exploración física reveló una masa cervical a expensas del tejido tiroideo; se realiza un estudio ecográfico cervical, en el que se detecta, en el lóbulo tiroideo izquierdo, una formación nodular con calcificaciones a la que se le realizó una punción-aspiración con aguja fina (PAAF) compatible con una lesión quística con proliferación epitelial. Tras el estudio anestésico se interviene quirúrgicamente; se practica la tiroidectomía total, y posteriormente tratamiento con radioyodo. La paciente recibe el alta en marzo de 2003.

Acude de nuevo a nuestro centro en diciembre de 2003 y presenta una nueva masa cervical que ha ido creciendo paulatinamente sin acompañarse de otra sintomatología. Mediante ecografía cervical, se observa una masa adenopática, interpretada como recidiva tumoral, por lo que se indica su exéresis.

Se realizó extirpación de la masa adenopática y el vaciamiento ganglionar. En la disección se identificó el conducto torácico, y se seccionó entre ligaduras. Dejamos un drenaje aspirativo en la región cervical.

El tercer día postoperatorio el débito del drenaje aumenta a 450 ml y comienza a ser de aspecto lechoso. Ante la sospecha de fístula del conducto torácico se realiza un análisis bioquímico y microbiológico, y se obtiene una cifra de triglicéridos superior a 940 mg/dl, hallazgo compatible con líquido quilloso. El análisis microbiológico mostró *S. epidermidis* sin significación clínica.

Como primera medida se implantó una dieta absoluta y nutrición parenteral total, así como tratamiento farmacológico con octreótida, 100 µg por vía subcutánea, 3 veces al día. Desde la instauración de estas medidas, el débito fistuloso comenzó a disminuir progresivamente, has-

ta el quinto día, en el que el débito fue < 10 ml, momento en el consideramos resuelta la fístula y comenzamos la retirada progresiva de la octreótida.

La paciente continuó con dieta oral basada en triglicéridos de cadena media hasta el alta, en el noveno día postoperatorio. Finalmente, la paciente recibió tratamiento con octreótida durante 7 días.

Discusión

La fístula de quilo se produce por una lesión inadvertida del conducto torácico. Es una complicación importante dentro de la cirugía cervical y conlleva complicaciones tanto a escala local como sistémica, con trastornos nutricionales y metabólicos. Según la bibliografía revisada ocurre en el 1-2,5% de la cirugía cervical⁶, aunque este porcentaje aumenta en el contexto de las reintervenciones.

En un primer momento, el tratamiento de estas fístulas es conservador^{7,8}, mediante la instauración de nutrición oral basada en triglicéridos de cadena media, cuya absorción se realiza directamente por el sistema porta. El segundo escalón de este abordaje conservador sería el reposo digestivo y la nutrición parenteral total, de las mismas características.

Tanto la somatostatina como su análogo, la octreótida, se han usado en el tratamiento de las fístulas intestinales. Ambas tienen acciones diversas en el organismo, entre las que se encuentra inhibir la secreción de diversas sustancias, hormonas y neuropéptidos, como el péptido intestinal vasoactivo (VIP), la hormona de crecimiento (GH) y la gastrina. También es una acción de la octreótida disminuir la secreciones intestinales y pancreáticas. Estudios experimentales han comprobado que la octreó-

tida actúa también disminuyendo la presión portal y, en general, el flujo esplácnico. Se ha demostrado que disminuye el flujo linfático, así como su concentración de triglicéridos.

En la bibliografía consultada, así como en nuestro propio caso, se consiguió una disminución marcada del débito fistuloso en las primeras 24 h tras la administración de octreótida por vía subcutánea.

Podemos concluir que la rápida respuesta y los mínimos efectos secundarios hacen de la octreótida un tercer escalón en el tratamiento conservador de las fístulas del conducto torácico, disminuyendo la morbilidad y acortando la estancia hospitalaria.

Bibliografía

1. Markham KM, Glover JL, Welsh RJ, Lucas RJ, Benndick PJ. Octeótride in the treatment of thoracic duct injuries. *American Surg.* 2000; 66:12.
2. Kelly RF, Shumway SJ. Conservative management of postoperative chylothorax using somatostatin. *Ann Thrac Surg.* 2000;69:1944-5.
3. Ulibarri JI, Sanz Y, Fuentes C, et al. Reduction of lymphorrhagia from ruptured thoracic duct by somatostatin. *Lancet.* 1990;336:258.
4. Giordano M, Cirillo D, Baron I. Treatment of posttraumatic chyluria with subcutaneous Octeótride administration. *Nephrol Dial Trasplant.* 1996;11:365-7.
5. Nyquist GG, Hagr A, Sobol SE, Hier MP, Black MJ. Octeótride in the medical management of chyle fistula. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2003;128:910-1.
6. Bolger C, Walsh T, Hennessy T. Chylothorax after esophagectomy. *Br J Surg.* 1991;78:587-8.
7. Crumley RL, Smith JD. Postoperative chylous fistula prevention and management. *Laryngoscope.* 1976;86:804-13.
8. Nussenbaum B, Liu JH, Sinard RJ. Systematic management of chyle fistula: the Southwestern experience and review of the literature. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2000;122:31-8.