

QNPE, de los cuales sólo 15 eran falsos, con unos excelentes resultados<sup>4</sup>.

Las técnicas conservadoras evitan el riesgo de sepsis tras la esplenectomía, pero tienen desventajas. El drenaje percutáneo y la marsupialización tienen una alta tasa de recidiva y no son recomendables<sup>1,4,5</sup>. La esplenectomía parcial, o cistectomía total, es una técnica muy interesante pero compleja, especialmente si se realiza con laparoscopia, y además, no siempre factible por tamaño o localización del QNPE<sup>1,4-6</sup>. En pacientes con quistes grandes o centrales, como nuestro caso, o si hay duda diagnóstica, la esplenectomía total laparoscópica es actualmente la opción más válida<sup>1,4</sup>.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Morgenstern L. Nonparasitic splenic cysts: pathogenesis, classification and treatment. *J Am Coll Surg.* 2002;194:306-14.
2. Mirilas P, Mentessidou A, Skandalakis J. Splenic cysts: are so many types?. *J Am Coll Surg.* 2007;204:459-65.
3. Urrutia M, Mergo PJ, Ros LH, Torres GM, Ros PR. Cystic masses of the spleen. Radiologic-pathologic correlation. *Radiographics.* 1996;16:107-29.

4. Gianom D, Wildisien A, Hotz T, Goti F, Decurtins M. Open and laparoscopic treatment of non parasitic splenic cysts. *Dig Surg.* 2003;20:74-8.
5. Wu HM, Kortbeek JB. Management of splenic pseudocysts following trauma: a retrospective series. *Am J Surg.* 2006;191:631-4.
6. Hery G, Becmeur F, Mefat L, Kalfa D, Lutz P, Lutz L, et al. Laparoscopic partial splenectomy: indications and results of a multicenter retrospective study. *Surg Endosc.* 2008;22:45-9.

José Manuel Ramia Ángel\*, Roberto de la Plaza Llamas, Pilar Veguillas Redondo, Jose E. Quiñones Sampedro y Jorge García-Parreño Jofré

Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática, Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jose\_ramia@hotmail.com  
(J.M. Ramia Ángel).

doi:10.1016/j.ciresp.2009.07.016

## Fístula quilosa como complicación de la tiroidectomía sin linfadenectomía

### Chylous fistula as a complication of thyroidectomy without lymphadenectomy

La fístula del conducto torácico (CT) es una entidad poco frecuente, con una incidencia entre el 1 y el 2,5% de la cirugía cervical<sup>1</sup>. Su aparición como complicación temprana después de la tiroidectomía es casi desconocida, siendo más frecuente tras los vaciamientos ganglionares<sup>2</sup>. La mayoría tiene su origen en el lado izquierdo, aunque un 25% de las fugas tiene su origen en el lado derecho<sup>1</sup>.

Mujer de 48 años remitida a cirugía para evaluación de nódulo tiroideo de 8 meses de evolución. La exploración revela un nódulo en lóbulo izquierdo de 1 cm y la ecografía confirma el hallazgo de un nódulo de 1,3 cm con otros cuatro nódulos menores de 1 cm sin adenopatías. La citología es de células foliculares. Se practica una tiroidectomía total sin disección ganglionar. La anatomía patológica es de variante folicular de carcinoma papilar.

El primer día postoperatorio, el débito del drenaje es de 650 ml, con aspecto lechoso y cifras de triglicéridos (TG) >500 mg/dl. La linfografía isotópica detecta un depósito patológico en la base de la región cervical anterior izquierda en relación con fuga de linfa del CT (fig. 1).

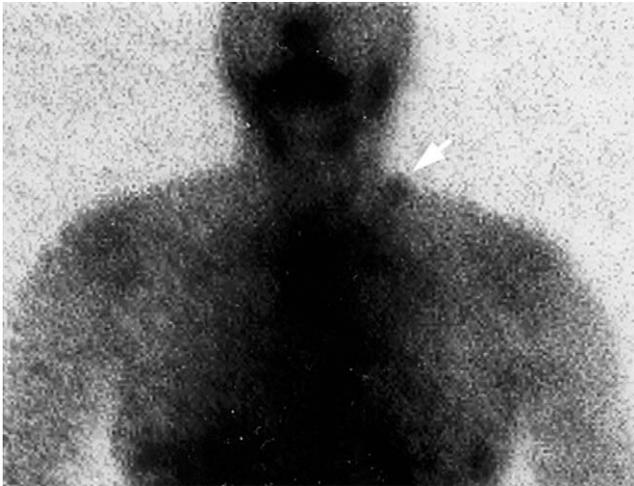
Como primera medida se inicia dieta sin grasas junto a TG de cadena media y fuerte compresión de la fosa supraclavi-

cular izquierda, con lo que el débito baja a 500 ml, hasta el noveno día, en el que se instaura dieta absoluta y nutrición parenteral, consiguiendo un débito de 200 ml/día que se mantiene hasta el vigésimo día. Se decide entonces iniciar terapia con octreotida, y el débito sigue reduciéndose hasta cerrarse la fístula en torno al día 25 postoperatorio.

El CT fue descubierto en los humanos por Veslingus en 1634. En 1948, Lampson realizó la primera ligadura exitosa, ya que hasta entonces se creía que su ligadura era mortal<sup>3</sup>.

La anatomía de la porción terminal del CT es muy variable. A su entrada en el cuello, el CT traza una curva entre la vena yugular interna y el escaleno anterior desembocando en la vena yugular 2 cm encima de su unión con la subclavia. La altura de esta curva es normalmente de 3-5 cm encima de la clavícula, pero se han descrito<sup>4</sup> casos de hasta 8 cm. El quilo (chylus = jugo) es una mezcla de linfa y grasas emulsificadas que constituyen la vía de absorción de los TG de cadena larga, mientras los de cadena media y corta se absorben directamente por la vía portal.

El diagnóstico de fístula se realiza por el aspecto del líquido que presenta in vitro tres capas de arriba hacia abajo: una capa cremosa, otra con aspecto lechoso y un sedimento



**Figura 1 - Linfografía isotópica con sulfuro de renio coloidal-<sup>99m</sup>Tc: depósito patológico del radiotrazador en la base de la región cervical anterior izquierda (flecha).**

celular. Cifras de TG >100 mg/dl confirman el diagnóstico. El débito diario puede alcanzar los 4 litros y se favorece por el movimiento, el peristaltismo intestinal, la tos, la respiración o la ingesta grasa<sup>5</sup>. La pérdida continua de quilo puede causar una deshidratación, con hiponatremia, hipocloremia, hipoproteinemia o linfocitopenia con inmunodepresión. La extravasación de quilo en los tejidos del cuello puede ocasionar un quilotórax o una reacción inflamatoria local con edema, induración o incluso necrosis de la piel<sup>6</sup>.

El tratamiento de la fistula quilosa no tiene una pauta estandarizada, no obstante parece existir un cierto consenso en llevarlo de manera escalonada<sup>7,8</sup>. La pauta conservadora tiene el objetivo de reducir el flujo de quilo y evitar su extravasación local utilizando drenajes aspirativos, apósitos compresivos, reposo y modificaciones dietéticas. El aporte nutricional se inicia por vía oral con dieta sin grasas y suplementos de TG de cadena media. Tras el fracaso de la dieta oral se empleará la nutrición parenteral para reducir el flujo de quilo<sup>5,7,8</sup>.

La somatostatina y su análogo sintético octreotide producen una inhibición de las secreciones gastrointestinales, una reducción de la presión hepática venosa y una disminución del flujo sanguíneo esplácnico, lo cual reduce el flujo de linfa en el CT y la razón de TG entre linfa y suero<sup>9,10</sup>.

No existen indicaciones claras y absolutas para la cirugía. Se aceptan como indicaciones: a) débito diario >600 ml durante varios días pese a un tratamiento médico adecuado; b) débito diario muy alto >2 litros, y c) complicaciones locales o sistémicas<sup>5,10</sup>.

Las técnicas empleadas incluyen: a) sutura del CT con material irreabsorbible incorporando la fascia adyacente reforzando la sutura con material hemostático o pegamento de fibrina y b) colgajo muscular del esternocleidomastoideo,

escaleno o pectoral mayor. Es imprescindible comprobar la ausencia de fuga mediante presión ventilatoria positiva en posición de Trendelenburg antes de finalizar la cirugía<sup>5</sup>. En caso de fracasar la cirugía en el cuello, hemos de plantear la ligadura del CT a nivel torácico.

Se han descrito técnicas mínimamente invasivas mediante linfografía opacificando los linfáticos abdominales con punción de la cisterna de quilo y cateterismo del CT seguido por su embolización<sup>8</sup>.

La fistula quilosa es una complicación casi desconocida después de la tiroidectomía sin actuación ganglionar. Existen en la literatura varias notas sobre quilomas descubiertos meses o años después de esta cirugía. Este es el primer caso de drenaje quiloso inmediato después de una tiroidectomía sin linfadenectomía. El bajo débito y la ausencia de complicaciones han permitido seguir el tratamiento conservador hasta conseguir su cierre definitivo.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Crumley RL, Smith JD. Postoperative chyloous fistula prevention and management. *Laryngoscope*. 1976;86:804-13.
2. Madnani D, Myssiorek D. Left cervical chyloma following right thyroidectomy. *Ear Nose Throat J*. 2003;82:522-4.
3. O'Neill JN. Ligation of thoracic duct for chylothorax due to blunt trauma. Case report. *Am Surg*. 1965;31:757-8.
4. Gottlieb MI, Greenfield J. Variations in the terminal portion of the human thoracic duct. *AMA Arch Surg*. 1956;73:955-9.
5. Nussenbaum B, Liu JH, Sinarid RJ. Systematic management of chyle fistula: the Southwestern experience and review of the literature. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2000;122:31-8.
6. Myers EN, Dinerman WS. Management of chyloous fistulas. *Laryngoscope*. 1975;85:835-40.
7. De Gier HH, Balm AJ, Bruning PF, Gregor RT, Hilgers FJ. Systematic approach to the treatment of chyloous leakage alter neck dissection. *Head Neck*. 1996;18:347-51.
8. Van Goor AT, Kroger R, Klomp HM, De Jong MA, Van den Brekel MW, Balm AJ. Introduction of lymphangiography and percutaneous embolization of the thoracic duct in a stepwise approach to the management of chyloous fistulas. *Head Neck*. 2007;29:1017-23.
9. Valentine CN, Barresi R, Prinz RA. Somatostatin analog treatment of a cervical thoracic duct fistula. *Head Neck*. 2002;24:810-3.
10. Nyquist GG, Hagr A, Sobol SE, Hier MP, Black MJ. Octreotide in the medical management of chyle fistula. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2003;128:910-1.

Adel El Dabe Mikhail\*, José Felipe Reoyo Pascual y Juan Luis Seco Gil

Servicio de Cirugía General, Hospital General Yagüe, Burgos, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aeldabe@gmail.com (A. El Dabe Mikhail).