

Cirugía y Cirujanos

Volumen **73**
Volume

Número **4**
Number

Julio-Agosto **2005**
July-August

Artículo:




Manejo conservador de fístula linfática posquirúrgica

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Academia Mexicana de Cirugía

**Otras secciones de
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***



Medigraphic.com

Manejo conservador de fístula linfática posquirúrgica

Dr. Gabriel García-Correa,* Dr. Cristóbal A. Aguilar-Sibilla,**
Dr. Ricardo Murguía-Corral,* Dr. Pedro Espinosa-de los Monteros*

Resumen

Se describe el caso de una paciente diabética con absceso renal que fue manejado quirúrgicamente mediante nefrectomía; al cuarto día del procedimiento quirúrgico presentó salida de 1200 ml de líquido "lechoso" en 24 horas a través de un drenaje de Penrose. Se realizaron diferentes estudios con los cuales se llegó al diagnóstico de fístula linfática. El manejo dietético que se intentó en primera instancia no fue satisfactorio por lo que se decidió nutrición parenteral total, obteniéndose un resultado satisfactorio a los pocos días. Realizamos una revisión de la literatura donde encontramos poca información acerca de fístulas linfáticas posteriores a intervenciones quirúrgicas retroperitoneales. Consideramos que debido a técnicas quirúrgicas más agresivas y a que se cuenta con más tecnología para aumentar la sobrevivencia de los pacientes, los médicos observarán mayor incidencia de fístulas quilosas o ascitis quilosa, por lo que es importante conocer esta complicación.

Palabras clave: fístula linfática, nefrectomía, absceso renal, nutrición parenteral total.

Summary

We describe the case of a diabetic patient who presented with a renal abscess that was surgically managed with nephrectomy. At the fourth post-surgical day, the patient showed the presence of a "milky" looking fluid amounting to 1200 ml in 24 h through a Penrose drainage placed in the surgical resection site. After several studies, a diagnosis of lymphatic fistula was made. The first dietary management technique tried was not satisfactory, and total parenteral nutrition management was decided upon, obtaining a satisfactory outcome within a few days. We reviewed the literature where we found scant reported information on lymphatic fistulas following retroperitoneal surgery and we consider that because of more aggressive surgical techniques and more advanced technology for increased patient survival, doctors will witness a higher incidence of chylous fistulas or chylous ascites, which is why it is important to be aware of this complication.

Key words: lymphatic fistula, nephrectomy, renal abscess, total parenteral nutrition.

Introducción

La ascitis quilosa es la acumulación de quilo dentro de la cavidad abdominal y fue descrita por primera vez por Morton en 1961.¹ En la literatura médica existen numerosos informes de ascitis quilosa y de fístulas linfáticas a nivel torácico o cervical, sin embargo, los reportes de fístula quilosa abdominal o retro-

peritoneal son escasos.¹⁻¹⁶ A continuación presentamos un caso de fístula linfática posterior a nefrectomía y su manejo conservador con nutrición parenteral total.

Caso clínico

Mujer de 63 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus de 10 años de evolución manejada con glibenclamida a dosis de 5 mg vía oral cada 12 horas, e hipertensión arterial sistémica de cinco años de evolución tratada con captopril a dosis de 25 mg vía oral cada 12 horas. Su padecimiento se inició con dolor en hipocondrio y fosa renal izquierda, acompañado de disuria, polaquiuria, tenesmo vesical y fiebre. En primera instancia se manejó médicamente fuera del hospital con antibióticos por 10 días sin mejoría. Se realizó tomografía axial computarizada, reportando colección renal izquierda con pérdida del tejido renal normal, por lo que fue enviada al Servicio de Urgencias del Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, donde se obtuvieron muestras de laboratorio para control (cuadro I).

* Servicio de Apoyo Nutricional, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

** Médico residente de Cirugía General, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Gabriel García-Correa,
Dr. Barragán 530, Col. Narvarte, 03020 México, D. F.
Tel.: 5530 4271. E-mail: adriangarcia@compuserve.com.mx

Recibido para publicación: 10-11-2004

Aceptado para publicación: 02-12-2004

Cuadro I. Resultados de laboratorio preoperatorios y posoperatorios

	Preoperatorios	Posoperatorios
Hemoglobina	10.5 g/dl	9.8 g/dl
Hematócrito	32.8 %	32.4 %
Leucocitos	12.3 10 ³ /μl	15.6 10 ³ /μl
Plaquetas	323.0 10 ³ /μl	193.0 10 ³ /μl
Glucosa	143 mg/dl	165 mg/dl
Urea	49 mg/dl	68 mg/dl
Creatinina	1.5 mg/dl	2.3 mg/dl
Sodio	130 mEq/l	135 mEq/l
Potasio	5.3 mEq/l	4.9 mEq/l
Cloro	99.7 mEq/l	108 mEq/l
Tp (segundos)	19/12	20/12
TPT (segundos)	28/30	35/30
Albúmina	1.1 g/dl	1.2 g/dl

Con lo anterior se decidió cirugía realizando drenaje de absceso y nefrectomía ipsilateral. La evolución posoperatoria fue normal, con adecuado control de glucemias y cifras tensionales, por lo que se inició vía oral a las 72 horas y al siguiente día se observó salida de líquido de apariencia “lechosa” en cantidad de 1200 ml a través del drenaje de Penrose. Se realizó tomografía axial computarizada, estudios de laboratorio (cuadro I), citoquímico del líquido obtenido (cuadro II) y linfangiograma con medicina nuclear (figura 1), con lo que se realizó el diagnóstico de fistula linfática. En primera instancia se intentó manejo dietético oral con dieta polimérica, sin embargo, el gasto a través de la fistula aumentó hasta 1600 ml en 24 horas, por lo que se decidió poner en ayuno a la paciente e iniciar nutrición parenteral total. A las 24 horas de iniciada esta última, el gasto disminuyó en forma progresiva hasta ser negativo a los 10 días. Durante la nutrición parenteral total se requirió manejo con insulina NPH a 6 UI SC matutinas, con lo que se logró adecuado

control metabólico. A los dos días de no presentar salida de líquido quiloso, se inició la vía oral con dieta baja en grasas y el retiro paulatino de la nutrición parenteral total, lo cual fue tolerado adecuadamente. La paciente fue egresada del hospital al cuarto día de tolerar la vía oral sin presentar datos de fistula quilosa, con estabilidad hemodinámica y adecuado control metabólico, esto último a base de hipoglucemiantes orales y dieta. En el cuadro III se reportan los resultados de laboratorio, en donde se puede apreciar mejoría del estado nutricional y de la función renal.

Discusión

Algunos procedimientos quirúrgicos realizados a nivel abdominal o retroperitoneal, tales como pancreaticoduodenectomía, vagotomía, piloroplastia, resección de aneurisma de aorta abdominal, resección de ganglio celiaco, disección de ganglios linfáticos retroperitoneales y nefrectomía radical, entre otros, pueden causar lesión de los vasos linfáticos regionales.^{2,3,5,10,11,14-16} La fuga de linfa de los vasos lesionados puede acumularse en la cavidad peritoneal (ascitis quilosa) o escapar a través de una herida o drenaje hacia el exterior del cuerpo (fistula linfática). Debido a que la ascitis quilosa y la fistula linfática son poco frecuentes y en ocasiones subclínicas, es difícil definir su prevalencia.^{11,14,16} La incidencia se calcula entre 1:50,000 y 1:100,000 admisiones hospitalarias. La incidencia de una fistula linfática posterior a disección retroperitoneal es de 2 %.^{1,5}

Las causas más frecuentes de la fistula quilosa son las neoplasias malignas (principalmente en el adulto), seguidas de trauma abdominal cerrado, peritonitis bacteriana, infecciones (filariasis y tuberculosis abdominal), cirrosis, radiación pélvica, diálisis peritoneal, adenitis mesentérica, fibrosis pulmonar idiopática primaria, anomalías congénitas de los linfáticos, síndrome de la uña amarilla, sarcoidosis y enfermedad de Menetrier.^{1,3,4,6,7,9,11,14,16} Los procedimientos quirúrgicos son una

Cuadro II. Resultado del estudio citoquímico del líquido lechoso

Aspecto	Muy turbio
Coagulabilidad	Negativa
Leucocitos	0
Eritrocitos	70 mm ³ / normales
Glucosa	168 mg/dl
Proteínas	770 mg/dl
Cloro	109.4 mEq/l
Amilasa	101 U/l
Dhl	713 U/l
Gram	No se observan bacterias
Observación	Color blanquecino

Cuadro III. Resultados de laboratorio al egreso

Hemoglobina	12.5 g/dl
Hematócrito	33.2 %
Leucocitos	6.9 10 ³ /μl
Plaquetas	158.0 10 ³ /μl
Glucosa	88 mg/dl
Urea	55 mg/dl
Creatinina	1.4 mg/dl
Sodio	135.5 mEq/l
Potasio	4.5 mEq/l
Cloro	109 mEq/l
Albúmina	2.8 g/dl
Depuración de creatinina	49 ml/minuto

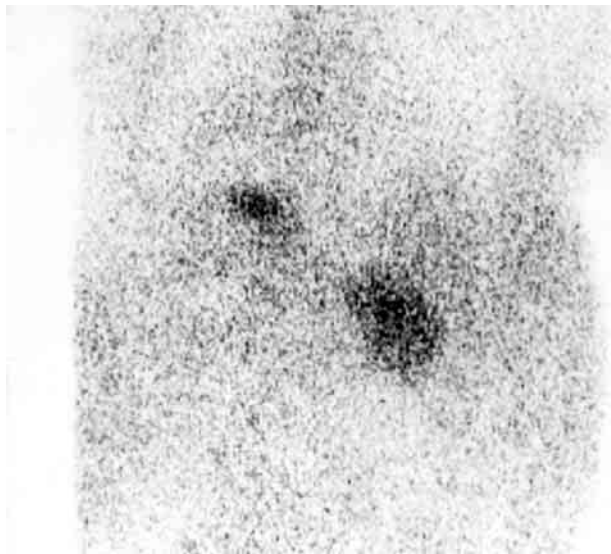


Figura 1. Linfangiograma donde se corrobora fuga de linfa.

causa importante como ya se mencionó anteriormente, la mayor parte (81 %) de las fístulas quilosas posoperatorias se deben a cirugía de aorta abdominal.¹¹ La sintomatología más frecuente es distensión y dolor abdominal, náusea, vómito, desnutrición/hipoproteinemia, disnea o esteatorrea.^{1-3,6,11,14,16}

Puede sospecharse el diagnóstico al observar salida de líquido de aspecto lechoso a través del drenaje o herida o al realizar una paracentesis y obtener una muestra del líquido descrito, sin embargo, la apariencia y composición del líquido no son constantes y dependen de diferentes factores como el tamaño de las partículas de grasa, el contenido de células y la dieta, por lo que es necesario realizar un examen citoquímico al líquido obtenido. Otros exámenes útiles para el diagnóstico son la linfangiografía bipedal o centellografía linfática. El ultrasonido y la tomografía computarizada nos pueden mostrar colecciones líquidas intraperitoneales o retroperitoneales. En ocasiones se ha realizado el diagnóstico con laparotomía exploradora.^{1-5,11,14,16} Los tratamientos utilizados varían desde un manejo conservador hasta la reexploración quirúrgica y ligadura de los vasos lesionados. Es de suma importancia mantener el estado nutricional mientras ocurre la cicatrización. Para estimular el cierre de la fístula debe disminuirse la producción de quilo mediante la dieta.^{1-3,5,6,11,14,16} Estamos de acuerdo con Browse y colaboradores¹ en que el manejo conservador debe incluir en primera instancia la corrección, vía oral, de deficiencias de líquidos y electrolitos, proteínas, calcio o vitaminas y dieta libre en grasas (con sustitución de grasas por triglicéridos de cadena media, ya que éstos pasan directamente a la circulación venosa y no a la circulación linfática). Si no hay respuesta a los pocos días o no es posible alimentar al paciente por vía enteral, consideramos que debe iniciarse nutrición parenteral total y ayuno para el control y cierre espontáneo de la fístula.

Algunos autores han informado el uso de somatostatina en infusión como parte del manejo, con buenos resultados.^{4,11-16} El primer reporte del manejo de las fístulas linfáticas con somatostatina fue descrito en 1990 por Ulibarri y colaboradores.¹² El mecanismo exacto de la somatostatina sobre las fístulas linfáticas no está del todo claro. La somatostatina es un péptido de 14 a 28 aminoácidos presente en el sistema nervioso central, tubo digestivo y páncreas. Inhibe la liberación de la hormona del crecimiento, insulina, glucagón, gastrina, hormona estimulante de tiroides, hormona adrenocorticotrópica, secretina, colecistoquinina, pepsina y renina. Se ha demostrado que disminuye la absorción de grasas, la concentración de triglicéridos en el conducto torácico y el flujo en los vasos linfáticos. También disminuye las secreciones gástricas, pancreáticas e intestinales, inhibe la actividad motora del intestino, retarda la absorción intestinal y disminuye el flujo esplácnico, con lo que podría disminuir la producción de linfa.^{4,11-16} Actualmente se dispone de análogos de la somatostatina como el octreótide y lanreótide, octapéptidos cuya vida media es más prolongada y que han sustituido a la somatostatina.¹¹ El tratamiento quirúrgico se realiza cuando el paciente continúa perdiendo peso, cuando persisten alteraciones metabólicas graves o se presenta ascitis grave.^{1,2,11,14,16} Sin embargo, debemos recordar que el tratamiento quirúrgico no siempre es exitoso, que algunas fístulas cierran espontáneamente, que la nutrición parenteral total es segura y efectiva, y que el octreótide puede ser útil como parte del tratamiento conservador.^{5,10-16}

Referencias

1. Browse NL, Wilson NM, Russo F, Al-Hassan H, Allen DR. Aetiology and treatment of chylous ascites. *Br J Surg* 1992;79(11):1145-1150.
2. Herz J, Shapiro SR, Honrad P, Palmer J. Chylous ascites following retroperitoneal lymphadenectomy. Report of 2 cases with guidelines for diagnosis and treatment. *Cancer* 1978;42:349-352.
3. Ablan CJ, Littooy FN, Freeark RJ. Postoperative chylous ascites: diagnosis and treatment. A series report and literature review. *Arch Surg* 1990;125:270-273.
4. Widjaja A, Gratz KF, Ockenga J, Wagner S, Mann MP. Octreotide for therapy of chylous ascites in yellow nail syndrome. *Gastroenterology* 1999;116(4):1017-1018.
5. Bozzeti F, Arullani A, Baticci F, Terno G, Ammatuna M, Capello G. Management of lymphatic fistulas by total parenteral nutrition. *JPEN* 1982;6(6):526-527.
6. Press OW, Press NO, Kaufman SD. Evaluation and management of chylous ascites. *Ann Intern Med* 1982;96:358-364.
7. Provenza JM, Bacon BR. Chylous ascites due to sarcoidosis. *Am J Gastroenterol* 1991;86(1):92-95.
8. Rutherford RB. Lymphatic complications of vascular surgery. In: Rutherford RB, editor. *Vascular surgery*. 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2000. pp. 784-789.
9. Soetikno RM, Tantibhedhyangkul W, Binion D, Rouse R. Menetrier's disease: report of a transient case associated with chylous ascites. *Am J Gastroenterol* 1997;92:1364-1367.
10. Carones S, Caporossi M, Di Paola S, Pagano G, Di Domenica M, Persico SL. Postoperative chylous ascites: its etiology and treatment. *G Chir* 1996;17:586-588.

11. Leibovitch I, Mor Y, Golomb J, Ramon J. The diagnosis and management of postoperative chylous ascites. *J Urol* 2002;167(1):449-457.
12. Ulibarri JI, Sanz Y, Fuentes C, Mancha A, Aramendia M, Sanchez S. Reduction of lymphorrhagia from ruptured thoracic duct by somatostatin. *Lancet* 1990;336:258-261.
13. Collard JM, Laterre PF, Boemer F, Reynaert M, Ponlot R. Conservative treatment of postsurgical lymphatic leaks with somatostatin-14. *Chest* 2000;117(3):902-905.
14. Laterre PF, Dugernier T, Reynaert MS. Chylous ascites: diagnosis, causes and treatment. *Acta Gastroenterol Belg* 2000;63(3):260-263.
15. Ferrandiere M, Hazouard E, Guicheteau V, et al. Chylous ascites following radical nephrectomy: efficiency of octreotide as treatment of a ruptured thoracic duct. *Intensive Care Med* 2000;26(4):484-485.
16. Salami OO, Allen DB, Organ CH Jr. Chylous ascites: a collective review. *Surgery* 2000;128(5):761-778.

