

AUTOR/ES: Flores R Erene, De Castro Gonzalo, Sobrino Constantino, Díaz Pablo, Pérez Lucinda, Álvarez Helena, Freiría Miguel, Gil Pedro

INSTITUCIÓN: Hospital Xeral - Cíes

INTRODUCCIÓN

La linfadenectomía axilar constituye uno de los pilares en el tratamiento locoregional del cáncer de mama. Dentro de las complicaciones se encuentran seroma, linforrea, linfocele, linfoedema crónica. La fístula quillosa es una complicación que se presenta en la cirugía torácica, abdominal y del cuello, siendo rara en el vaciamiento axilar. Estas complicaciones pueden retrasar el inicio de la terapia adyuvante que pueda necesitar el paciente. Presentamos el caso clínico de fístula quillosa postlinfadenectomía axilar por cáncer de mama. Con este motivo realizamos una revisión bibliográfica sobre la presentación clínica y manejo de esta entidad.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 55 años, con antecedentes de alergia al yodo, HTA; DM tipo 2, transplantada de hígado por cirrosis hepática hace 10 años, que consulta por masa en cuadrantes superiores de mama izquierda y secreción hemática uniorificial por pezón. Se diagnostica mediante ecografía, mamografía, resonancia magnética y biopsia percutánea de carcinoma ductal infiltrante con adenopatías axilares. Se procede a la intervención quirúrgica, realizándose mastectomía izquierda y linfadenectomía axilar izquierda de niveles I y II. El diagnóstico anatomopatológico definitivo: carcinoma ductal infiltrante, grado III de Nottingham [(RE(-)RP(-)HER2(-))], multicéntrico, de un tamaño aproximado de 10 x 10 cms; carcinoma intraductal de alto grado con comedonecrosis intratumoral; infiltración neoplásica en seis ganglios linfáticos de doce ganglios aislados; invasión vascular linfática; estadio patológico: pT3pN2. En el segundo día postoperatorio presenta un débito de 230 ml por el drenaje axilar, y partir del quinto día presenta características altamente sugestivas de derrame quilloso. En el análisis de su composición presenta un contenido de 2751 mg/dl de triglicéridos. Se indicó dieta exenta de grasas, posterior a lo cual disminuyó el débito a 90 ml/día, mejorando las características del drenaje, permitiendo la retirada del drenaje a los 20 días. En los controles posteriores no se ha observado seroma, ni otra complicación, y la paciente pasó a recibir tratamiento adyuvante con quimioterapia y radioterapia.

DISCUSIÓN

La fístula quillosa es una complicación infrecuente en la linfadenectomía axilar, habiéndose descrito hasta 9 casos en la revisión de la literatura. Se puede producir debido a lesión de canales linfáticos aberrantes relacionados con el conducto torácico ya que usualmente la linfadenectomía se realiza fuera del área de anastomosis entre el conducto torácico y el sistema venoso. El diagnóstico se realiza ante la sospecha de débitos altos de los drenajes axilares postoperatorios o cuando se presenta un derrame latescente y espeso; se confirma con el estudio del contenido en triglicéridos del mismo (110mg/dl) y/o con un alto porcentaje de quilomicrones. En su manejo, debe evitarse la lesión de canalículos linfático en la porción profunda del hueco axilar, pero si la fístula quillosa se evidencia durante la cirugía se debe proceder a la ligadura de la misma. Si se presenta en el postoperatorio inmediato, se debe realizar un tratamiento conservador. Se recomienda una dieta exenta de grasas e incluso nutrición parenteral periférica o enteral con triglicéridos de cadena media, para los casos más persistentes. Sólo de forma excepcional se podría considerar el abordaje quirúrgico para tratar de ligar los vasos responsables del derrame.