

CASO CLÍNICO

Reporte de un caso.

Fístula quilosa postvaciamiento axilar.

A. M. Motta¹, E. J. Haun,
A. M. García.

Aspectos clínicos, causas, manejo terapéutico y revisión de la literatura.

RESUMEN

La fístula quilosa postvaciamiento axilar (PVA) es una complicación muy rara y su incidencia es menor al 0,5%. Es producida por la lesión de los canalículos linfáticos aberrantes relacionados con el conducto torácico. En general responde a tratamiento médico-conservador: dieta exenta en grasas. Se requiere intervención quirúrgica en fístulas quillosas de alto débito. Presentamos un caso de fístula quilosa PVA que se trató exitosamente de forma conservadora. Si bien es un evento excepcional, es importante que todos los mastólogos conozcan la existencia de esta complicación y las opciones de tratamiento disponibles.

Palabras Clave

Fístula quilosa; vaciamiento axilar, complicaciones cirugía axilar.

Médica especialista en Ginecología y Acreditada en
Mastología.
Miembro Titular de la Sociedad Argentina
Mastología.

ABSTRACT

Post-axillary lymph node dissection (PVA) chylous fistula is a very rare complication, with an incidence of less than 0.5%. It is caused by injury to aberrant lymphatic channels associated with the thoracic duct. It generally responds to conservative medical treatment, such as a low-fat diet. Surgical intervention is required for high-output chylous fistulas. We present a case of PVA chylous fistula that was successfully treated conservatively. Although this is an exceptional event, it is important that all breast specialists are aware of this complication and the available treatment options.

Key words

Chylous Fistula; Axillary Lymph Node Dissection; Complications of Axillary Surgery.

INTRODUCCIÓN

La fístula quilosa es una complicación relacionada con la lesión del conducto torácico o sus ramas, puede desarrollarse con mayor frecuencia después de una cirugía de cuello, abdominal o torácica.

La linfadenectomía axilar constituye uno de los pilares del tratamiento locorregional del cáncer de mama. Las complicaciones postvaciamiento axilar (PVA) más frecuentes son el seroma, la linforrea, el linfocèle, el linfedema crónico y las alteraciones sensitivas en la cara interna del brazo.¹ Sin embargo, la fuga de quilo PVA es un evento muy infrecuente. La incidencia es inferior al 0,5%.² Estas complicaciones pueden retrasar el inicio de la terapia adyuvante. Por lo tanto, aunque es un evento excepcional, es importante que todos los mastólogos conozcan la existencia de esta complicación y las opciones de tratamiento.

Relato del caso

Una mujer de 77 años consulta por una adenopatía axilar izquierda.

Examen físico:

- Examen mamario: sin particularidades.
- Examen axilar izquierdo: adenopatía irregular de 1,5 cm.

Evaluación imagenológica:

- Mamografía bilateral y mamografía magnificada focalizada en

mama izquierda cuadrante superoexterno (CSE): microcalcificaciones pleomorfas, agrupadas, con extensión de 1 cm.

- Ecografía: en axila izquierda adenopatía irregular de 1,8 cm con pérdida total de la relación corticomedular.
- Evaluación conjunta mamó-ecográfica: BIRADS 4.

Diagnóstico:

- Punción histológica con control mamográfico de mama izquierda CSE de microcalcificaciones irregulares: carcinoma invasor (NOS) GH2 GN2/3 GM2 RE + (5%) RP - HER2 +++ Ki 67: 30%.
- Punción histológica con control ecográfico de adenopatía axilar izquierda: negativa.
- Marcación del área biopsiada en mama izquierda CSE con clip metálico y de adenopatía axilar izquierda con carbón (TAD).

Conducta:

Se realizó una cirugía conservadora izquierda.

- Cuadrantectomía de mama izquierda: biopsia radioquirúrgica (BRQ).
- Biopsia de ganglio centinela (GC):
 - Identificación: doble método: azul patente + radioisótopo (Tc 99).
 - Remoción GC y TAD.
 - Estudio intraoperatorio de GC (biopsia por congelación): positivo.
- Vaciamiento axilar.

La cirugía se desarrolló sin evidencia de complicaciones intraoperatorias. Se colocaron dos drenajes, uno mamario (laminar de goma) y otro axilar (tubular).

A las 24 hs postoperatorias (PO) y postprandial, se observó un líquido lactescente y espeso en el drenaje axilar (imagen 1), clínicamente sugestivo de quilo, siendo la impresión diagnóstica de una *fístula quílosa*.

Imagen 1. Derrame axilar lactescente.



24 hs. PO

Para el diagnóstico se solicitó un análisis de las características físico-químicas del líquido del drenaje axilar: TG (triglicéridos): 144 mg/dl.

Se indicó una dieta exenta de grasas.

La salida del líquido en el drenaje axilar fue normalizando sus características y disminuyendo progresivamente el volumen hasta el 6° día después de la cirugía, día en el cual se retiró el mismo. El volumen máximo drenado fue 350 cc/día. La herida quirúrgica tuvo una buena cicatrización sin formación de seroma, lo que indica una evolución favorable y manejo conservador exitoso.

Informe anatomopatológico diferido:

- Mama izquierda: carcinoma invasor (NOS) GH3 GN3 GM3 de 0,8 x 0,8 cm, con área de carcinoma ductal in situ de 1,5 x 1 cm. Márgenes

quirúrgicos libres. Receptores estrogénicos: positivos (5%); receptores progestínicos: negativos; HER2: positivo (+++); Ki 67: 30%

- Ganglio centinela: positivo: 1/1.
- Vaciamiento axilar: 2/10. Axila: 3/11.

Adyuvancia:

- Se indicó tratamiento estándar, sin embargo, la paciente solo acepta realizar radioterapia.

DISCUSIÓN

Estudios anatómicos demuestran que aproximadamente en un 30% de los casos el conducto torácico se ramifica, y hasta en un 4% drena en el sistema venoso⁴, en estos casos, un 1% desemboca en la porción más alta y medial de la vena axilar. Por cual esta complicación sería más frecuente del lado izquierdo.

La incidencia de fistula quílosa PVA por cáncer de mama es 0,5%. La linfadenectomía axilar se realiza fuera del área donde se unen el conducto torácico y el sistema venoso. Hasta en un 20% existen variaciones anatómicas en la terminación del conducto torácico, el cual está ubicado posteroinferior a la vena axilar, esto podría ser responsable de la fuga quílosa PVA.² Mandeep Singh y col. en su análisis de 6 casos de fistula quílosa PVA, reafirman esta hipótesis.³ Creemos que esta podría haber sido la causa de la fistula quílosa en nuestra paciente.

Es difícil reconocer las lesiones de los conductos linfáticos durante la cirugía, ya que estos colapsan después de la lesión. Resulta dificultoso predecir la lesión de los troncos linfáticos antes de la operación debido a su rara ocurrencia y la ausencia de factores de riesgo.⁵

El diagnóstico de la fuga quílosa es clínico, ante débitos altos en drenajes axilares postoperatorios (mayores a 500 ml/día) o la presencia de líquido de drenaje "lechoso, lactescente, espeso". El diagnóstico de certeza se confirma mediante un análisis bioquímico para evaluar las características fisicoquímicas del líquido: contenido de electrolitos, proteínas y grasas. La linfogammagrafía (LGG) o la tomografía computarizada (TC) son herramientas útiles en la localización de la fístula quílosa y la confirmación de la colección de quilo.

Parámetros diagnósticos:

- **Clínico:** derrame latescente y espeso generalmente después de iniciar la ingestión de alimentos, y/o débitos axilares > 500 ml/día.
- **Laboratorio:** líquido del drenaje axilar: TG > 110 mg/dl.
- **Imágenes:**
 - LGG: para valorar la lesión del conducto torácico.
 - TC: para confirmar la existencia de una colección quillosa.

LGG: linfogamagrafía. TC: tomografía computarizada.

TG: triglicéridos.

La función del conducto torácico es el transporte de la grasa digerida al sistema venoso. Por esto, se recomiendan dietas bajas en grasas, incluyendo solo triglicéridos de cadena media o apoyo nutricional parenteral en el tratamiento conservador primario. También puede manejarse sin ningún control dietético específico, como lo hicieron Nakajima y col.⁵ en 4 pacientes con cierre de las fistulas en 18 días.

Otra opción válida es el abordaje quirúrgico temprano, que consiste en la ligadura directa del canal linfático lesionado, dado el bajo riesgo asociado a la reexploración axilar y evitaría retrasar el inicio de los tratamientos oncológicos.

Manejo terapéutico:

- **Intraoperatorio:** ligadura de canalículos linfáticos aberrantes.
- **Postoperatorio inmediato:**
 - Tratamiento conservador: dieta exenta de grasas, considerar el uso de inhibidores de la secreción digestiva (somatostatina, octreótida).
 - Tratamiento quirúrgico: excepcional: ligar los vasos linfáticos lesionados responsables del derrame.

En nuestra paciente se realizó un manejo terapéutico conservador: dieta exenta de grasas bajo indicaciones y supervisión de nutricionista, con cierre de la fistula quillosa en el 6° día postquirúrgico, obteniendo así un resultado exitoso.

CONCLUSIÓN

La fistula quillosa posterior a la disección axilar por cáncer de mama es un evento excepcional, sin embargo, todos los mastólogos deberían conocer su existencia y las opciones de tratamiento disponibles. El manejo terapéutico debe individualizarse. Generalmente se instaura con éxito un tratamiento conservador (dieta exenta de grasas), reservándose la intervención quirúrgica temprana para la fistula de alto débito.

REFERENCIAS

1. Taylor KO. Morbidity associated with axillary surgery for breast cancer. ANZ J Surg. 2004 May; 74(5):314-7. ◀
2. Al-Ishaq Z, Gupta S, Collins MA, Sircar T. Chyle leak following an axillary sentinel lymph node biopsy for breast cancer in a patient with superior vena caval thrombosis - a case report and review of the literature. Ann R Coll Surg Engl. 2018 Jul; 100(6):e147-e149. ◀◀
3. Singh M, Deo SV, Shukla NK, Pandit A. Chylous fistula after axillary lymph node dissection: incidence, management, and possible cause. Clin Breast Cancer. 2011 Oct; 11(5):320-4. ◀
4. Abdelrazeq AS. Lymphoscintigraphic demonstration of chylous leak after axillary lymph node dissection. Clin Nucl Med. 2005 May; 30(5):299-301. ◀
5. Nakajima E, Iwata H, Iwase T et al. Four cases of chylous fistula after breast cancer resection. Breast Cancer Res Treat. 2004 Jan; 83(1):11-4. ◀◀

DEBATE

Dr. Terrier: Es muy interesante. Todos hemos tenido alguno alguna vez y preocupa, llama mucho la atención. Te quería preguntar ¿Ustedes notaron que el débito era efectivamente postprandial?

Dra. Motta: Postprandial, sí. Eso es porque en el conducto torácico tiene la función de conducir los ácidos grasos hacia el sistema venoso, entonces generalmente aparece postingesta. En el ayuno no aparece. Por eso también es una de las cosas por las cuales es muy difícil evidenciarlo en el intraoperatorio. Porque la paciente está en ayunas.

Dr. Terrier: Bueno, muchas gracias.