

Fístulas quilosas de cuello

Antonio Castaño A., M. D.*

EXTRACTO

Entre 1965 y 1977 se efectuaron en el Hospital Universitario del Valle (HUV) 150 disecciones radicales de cuello, entre las cuales hubo 2 casos de fístulas quilosas. Se analizan sus características y se trazan criterios nuevos para su prevención y tratamiento.

INTRODUCCION

Pocos son los informes bibliográficos sobre fístulas quilosas cervicales. Fitz-Hug y Cowgill¹ en su serie de 187 casos, citan una incidencia de 1.1% para el total y 2.4% para las disecciones del lado izquierdo del cuello. Strong² informa 2.1% en una serie de 333 disecciones radicales. Frazell³ describe un caso de fístula quilosa y quilotórax bilateral, después de cirugía de cuello. Nichols y Greenfield⁴, en una serie de 506 disecciones radicales no mencionan fístulas. No obstante es necesario destacar que en la actualidad la incidencia general de las fístulas quilosas es mucho más alta, debido tanto a la frecuencia mayor de trauma que incluye las heridas penetrantes, como al aumento de los procedimientos quirúrgicos, diagnósticos y terapéuticos, por ejemplo extirpación de tumores, excisión y biopsia de linfonódulos, extirpación de costillas cervicales, etc.^{1,5}

METODOLOGIA Y RESULTADOS

El estudio comprendió la revisión de 150 casos de disecciones radicales de cuello efectuadas en el Hospital Universitario del Valle (HUV), entre los años de 1965 a 1977, inclusive. De las 150 intervenciones 90 se efectuaron en hombres y 60 en mujeres. El promedio de edad fue 60 años. Del total de pacientes 62 (41%) tuvieron disección del lado izquierdo y 88 (59%) del

derecho. Solo hubo 2 casos de fístulas quilosas: una ocurrió en un hombre de 42 años con un carcinoma glótico espino celular derecho, bien diferenciado (estado III: T3-N₁-MO)⁶ que no recibió radioterapia. La otra se presentó en un hombre de 70 años con un carcinoma espinocelular glosopiglótico izquierdo (estado IV-T3-N₂-MO)⁶, que recibió cobaltoterapia pre-operatoria de 2,500 rad.

Para reparar las fístulas quilosas se utilizó el microscopio quirúrgico entre 16 y 25 aumentos con lentes de 300 mm y se verificó que es completamente posible y fácil identificar las estructuras linfáticas. Así, se pudo efectuar de una manera más precisa la reparación operatoria y las ligaduras transfixiantes de los vasos linfáticos lesionados.

COMENTARIOS

Anatomía: Hay 2 canales linfáticos que terminan en la base del cuello: el conducto torácico a la izquierda y el conducto linfático a la derecha.

El conducto torácico que se forma dentro del abdomen por la unión de dos troncos lumbares y un tronco intestinal, asciende por el hiato aórtico, cerca al nivel del arco aórtico (T5-T3) cruza a la izquierda por detrás de éste y de la arteria y la vena vertebrales y del tronco tirocervical izquierdos, para drenar en la vena subclavia izquierda en su unión con la yugular interna.

El conducto linfático derecho se forma por la unión de los troncos yugular y subclavios derechos, los cuales pueden estar unidos con el tronco broncomediastinal derecho y drena en la vena subclavia derecha en su unión con la yugular interna^{1,5,7,8}

Diagnóstico: El diagnóstico de la fístula quilosa es sencillo; casi siempre se hace en el post-operatorio inmediato pues se observa salida de un líquido lechoso por los drenes o cuando se cambian los apósitos se encuentra que los colgajos en la porción inferior del cuello, están elevados por acúmulo de linfa en la fosa supraclavicular. Si la pérdida de linfa es persistente los

* Profesor Asociado, Sección de Otorrinolaringología, Departamento de Cirugía, División de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

enfermos presentan signos y síntomas de deshidratación, emaciación e inanición, que pueden llevar a la muerte en 10% de los casos^{5,9}.

El quilotórax es secundario a la fistula quilosa del cuello. Aparece pocos días después de la cirugía y los síntomas son: disnea súbita, seguida por dificultad respiratoria progresiva, shock y muerte^{2,3,5}.

Prevención: La prevención de la fistula quilosa se hace durante el acto quirúrgico si además de efectuar una disección roma y cuidadosa de la fascia cervical supraclavicular profunda, se pinzan y ligan los pedículos grasos, los linfáticos y los vasos sanguíneos de esta zona y principalmente ligando bien por transfixión y seccionando la vena yugular interna correspondiente a 2 centímetros por encima de su desembocadura a la subclavia. Si se observa salida de linfa se debe localizar el sitio de drenaje, en lo cual puede colaborar el anesestiólogo, hiperinsuflando los pulmones para aumentar la presión intratorácica, que causa aparición de linfa en el conducto lesionado. En este momento es muy importante utilizar el microscopio quirúrgico para obtener un mayor aumento que facilita la reparación de las estructuras linfáticas.

Experimentalmente se ha demostrado que los conductos linfáticos principales o sus tributarios en el cuello se pueden ligar, pues luego se establece una circulación colateral adecuada para el retorno de la linfa a la circulación venosa⁹.

Tratamiento: Se divide en sistémico y local:

Sistémico: Consiste en reposo absoluto, compresión local, alimentos parenterales y el suministro de los elementos perdidos por la fistula: líquidos, electrolitos y proteínas. Se debe tener en cuenta que el quilo es un fluido lechoso consistente en una mezcla de linfa y grasa emulsificada y que la linfa es similar al plasma con la mitad de proteínas y la misma composición de electrolitos.

Cuando la fistula está drenando, es importante conocer las cifras de hemoglobina, electrolitos, calcio, proteínas totales y albúmina para su reemplazo adecuado^{5,6}.

Local: Una vez que se diagnostique la fistula quilosa, es necesario proceder a su reparación quirúrgica lo más pronto posible. Desde el día anterior se debe administrar una dieta rica en grasas para que aumenten el flujo de linfa y su aspecto lechoso. Así se facilita el encuentro de los vasos linfáticos lesionados pues durante la reexploración quirúrgica la herida generalmente tiene nuevo tejido de granulación y hay exudados que hacen difícil identificarlos. Cuando se visualiza la fistula quilosa se procede a reparar los cabos del conducto linfático, mediante ligaduras transfixiantes, con lo cual cesa de manera inmediata y completa la salida de linfa. Se obtiene

entonces una rápida recuperación del paciente y se evitan las complicaciones, incomodidades, costos y prolongada duración del tratamiento médico.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Las fistulas quilosas son evitables si los cirujanos siguen normas preventivas fáciles de recordar y de aplicar en el acto operatorio.
2. Cuando sea diagnosticada la fistula quilosa del cuello no se debe contemporizar con el tratamiento médico, porque es más fácil y menos dispendioso practicar precozmente la reparación quirúrgica del conducto linfático lesionado y evitar el deterioro grave o la muerte del paciente.
3. En la bibliografía sobre tratamiento de las fistulas quilosas no se menciona el uso del microscopio quirúrgico, razón por la cual se recomienda su utilización, pues facilita muchísimo la reparación operatoria de las fistulas linfáticas.
4. La microcirugía de linfáticos de cuello no solamente se aconseja en fistulas quilosas causadas por vaciamientos radicales de cuello, sino que también es obligatoria en todos los casos que se presenten por otras causas (traumatismos, heridas, etc.).

SUMMARY

Two cases of chilous fistules on 150 radical neck dissections, performed at the "Hospital Universitario del Valle" during 1965-1977, are shown. Their clinical features are analyzed and new criteria for prevention and treatment are given.

REFERENCIAS

1. Fitz-Hugh, G. S. y Cowgill, R.: Chilous fistula. Complication of the neck dissection. *Arch Otolaryngol* 91: 543-547, 1970.
2. Strong, E. W.: Preoperative x-ray therapy as an adjunct to radical neck dissection. *Cancer*, 19: 1509-1516, 1966.
3. Frazell, E. J.: Bilateral chilotorax: An unusual complication of radical neck dissection with recovery. *Ann Surg* 134: 135-137, 1951.
4. Nichols, R. T. y Greenfield, L. J.: Experience with radical neck dissection in the management of 426 patients with malignant tumors of the head and neck. *Ann Surg* 167: 23-25, 1968.
5. Myers, E. N. y Dimerman, W. S.: Management of chilous fistules. *Laryngoscope* 5: 385-840, 1974.
6. MacComb, W. S., Fletcher, G. H., Gallager, H. S., Healer, J. E. y Lehmann, Q. H.: Cancer of larynx. In W. S. MacComb y G. H. Fletcher (Eds) *Cancer of the Head and Neck*, pp. 272-274. Williams & Wilkins Co., Baltimore, 1967.
7. Goldsmith, H. S. y Schwartz, G. F.: Trastornos del sistema linfático. In J. A. Davis & F. Christopher (Eds): *Tratado de patología quirúrgica*. Interamericana, S.A., México 2: 1518-1542, 1974.
8. Hollinshead, W. H.: Lymphatic system of the neck. In W. H. Hollinshead (Ed.) *A Text-book of Anatomy for Surgeons* 2a. Ed., pp. 669-670. Harper & Row Publishers Inc., Hagerstown, Md., 1973.
9. Pratt, G. H.: Injuries to thoracic and lymphatic ducts. In D. Christopher, (Ed.) *A Text-book of Surgery* 2a. Ed. pp. 533-542, W. B. Saunders Co. Philadelphia, 1968.