

Fístula quilosa tras linfadenectomía axilar en cáncer de mama

Chylous fistula after lymphadenectomy in breast cancer

A. Rico Arrastia¹, F. Vicente García², F. Pérez Omeñaca¹, C. Artieda Soto²,
M.A. Sanz de Pablo², F. Domínguez Cunchillos²

RESUMEN

La linfadenectomía axilar constituye uno de los pilares en el tratamiento locorregional del cáncer de mama. La fístula quilosa es una complicación infrecuente en el vaciamiento axilar.

Se muestra el caso de una paciente con un tumor de mama localmente avanzado, subsidiaria de tratamiento quirúrgico tras la administración de quimioterapia neoadyuvante, que presentó una fístula quilosa en el postoperatorio. La evolución fue satisfactoria con el tratamiento conservador instaurado mediante somatostatina subcutánea y una dieta baja en grasa suplementada con triglicéridos de cadena media.

La fístula quilosa es una complicación poco habitual en la linfadenectomía axilar, cuyo manejo es conservador en la gran mayoría de casos descritos.

Palabras clave. Fístula quilosa. Linfadenectomía axilar izquierda. Tratamiento conservador. Triglicéridos de cadena media. Somatostatina.

ABSTRACT

Axillary lymph node dissection remains an integral part of surgical treatment in patients with invasive breast cancer and axillary lymph node metastases. Chylous leakage after axillary lymph node dissection is infrequent.

We report a case patient with an advanced local breast cancer who was treated with neoadjuvant chemotherapy and surgery. She had a postoperative chylous leakage what was successfully treated conservatively in the postoperative course with somatostatin and a fat reduced diet with medium chain triglyceride.

Chylous leakage an infrequent complication after axillary lymph node dissection, which has a conservative management in most published studies.

Key words. Chylous fistula. Left axillary lymph node dissection. Conservative management. Medium chain triglyceride diet. Somatostatin.

An. Sist. Sanit. Navar. 2014; 37 (3): 441-444

1. Sección de Cirugía General. Hospital Reina Sofía. Tudela. Navarra
2. Área clínica de Cirugía. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. Navarra

Recepción: 19 de mayo de 2014

Aceptación provisional: 30 de junio de 2014

Aceptación definitiva: 18 de septiembre de 2014

Correspondencia:

Aida Rico Arrastia
Sección de Cirugía General
Hospital Reina Sofía
Ctra. Tarazona, km. 3
31500 Tudela
E-mail: aida.rico.arrastia@cfnavarra.es

INTRODUCCIÓN

La linfadenectomía axilar constituye uno de los pilares en el tratamiento del cáncer de mama con metástasis en los ganglios axilares. Entre las complicaciones tras esta intervención se encuentran el seroma, linforrea, linfedema crónico y alteraciones sensitivas en la cara interna del brazo. La fístula quilosa (FQ) es una complicación frecuente en intervenciones torácicas, abdominales y del cuello, siendo excepcional en cirugía mamaria¹.

Presentamos un caso de fístula quilosa tras linfadenectomía axilar izquierda por cáncer de mama. De la literatura actual no se puede deducir ningún algoritmo de tratamiento estándar, pero parece existir un consenso en realizar un manejo conservador en la mayoría de los casos.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 57 años, sin antecedentes médicos de interés, exfumadora desde hace 15 años, remitida de la Unidad de Detección Precoz de Cáncer de Mama por un nódulo de 3,5 cm en cuadrante infero-interno de mama izquierda, sin adenopatías axilares palpables. Se diagnostica mediante estudio con biopsia, RNM y ecografía axilar de carcinoma ductal infiltrante de mama izquierda con afectación axilar.

Se instaura tratamiento neoadyuvante con pauta de quimioterapia estándar con FEC 75 (4 ciclos) seguida de docetaxel (4 ciclos). Tras el tratamiento se evidencia una ausencia de respuesta radiológica y se procede posteriormente a la intervención quirúrgica, realizándose una mastectomía izquierda y linfadenectomía de niveles I y II de Berg.

El diagnóstico anatomopatológico definitivo es de carcinoma ductal infiltrante, grado III, de 2,6 cm, Her2-neu negativo. Receptores de estrógeno 98%. Progesterona 38%. P53 29%. Ki 67 35%. Her-2 0%. Queratina 56 positivo 1/3. EGFR negativo. E-Caderina positivo 3/3. Andrógeno negativo. BCL2 positivo 2/3. Se trata de un patrón luminal B-Ki67 con metástasis en 1/19 ganglios linfáticos.

En el postoperatorio inmediato presenta leve hemorragia exteriorizada por el drenaje, llevándose a cabo tratamiento conservador. En el séptimo día postoperatorio se objetiva débito de 400 ml por el drenaje axilar, con aspecto lechoso, sugestivo de linforrea quilosa. Se confirma el líquido quiloso mediante estudio bioquímico (Triglicéridos: 800 mg/dl, colesterol total: 47 mg/dl).

Se indica dieta con restricción de grasas, aconsejándose la ingestión de alimentos con triglicéridos de cadena media y administrándose, simultáneamente, somatostatina subcutánea cada 8 horas durante 10 días. Con estas medidas la cantidad y aspecto del drenaje axilar mejoraron y se normalizaron, permitiendo la retirada del mismo a los 20 días del postoperatorio. En los controles posteriores no se ha objetivado ninguna otra complicación, pasando la paciente a completar tratamiento oncológico. La paciente se encuentra asintomática y libre de enfermedad tras 37 meses de seguimiento.

DISCUSIÓN

El conducto torácico representa la ruta final común de la mayor parte del flujo linfático, permitiendo su regreso al torrente sanguíneo. En la mayoría de las personas se origina en el abdomen, en una dilatación donde confluyen los troncos linfáticos lumbares e intestinales, llamada cisterna del quilo o de Peckel, situada anteriormente a los cuerpos vertebrales lumbares I-II por encima de la arteria renal derecha y desemboca en el lado izquierdo del cuello (75-92%), por lo general, en la unión de la vena yugular interna y la subclavia izquierda.

Por ello, la fístula linfática es más frecuente después de disecciones cervicales o torácicas. La principal hipótesis de la fístula quilosa tras mastectomía ha sido la lesión del conducto linfático subclavio izquierdo o sus conductos tributarios, que drenan en el conducto torácico². Hay pocos casos de FQ publicados tras mastectomía radical modificada izquierda, siendo pocos los casos descritos de FQ tras una mastectomía conservadora³, tras disección de ganglio linfático centinela axilar⁴⁻⁶ e incluso tras la biopsia de ganglio centinela en la cadena mamaria interna⁷.

El diagnóstico de sospecha de la FQ en nuestra paciente se realizó ante la presencia de débitos altos por el drenaje axilar asociados al aspecto del mismo, siendo éste blanquecino-lechoso. El diagnóstico se confirmó con el estudio del contenido en triglicéridos (superior a 110 mg/dl), colesterol bajo (menor de 220 mg/dl) y/o con un alto porcentaje de quilomicrones.

Intraoperatoriamente, debe evitarse la lesión de canalículos linfáticos de calibre importante en la porción más profunda del hueco axilar. En este caso se realizó una linfadenectomía de los dos primeros niveles de Berg, no de los tres niveles, coincidiendo con casos similares en la literatura. Se requiere meticulosidad en la disección y hemostasia, así como la ligadura de cualquier estructura linfática sospechosa⁸.

Una fístula no controlada, dependiendo del débito y de su duración, puede provocar compromiso del equilibrio, nutricional e inmunológico.

Una vez detectada en el postoperatorio, el manejo conservador de la FQ constituye la primera línea de tratamiento. Se basa en la aplicación de medidas orientadas a disminuir el flujo del quilo, permitiendo así su cierre espontáneo. Estas medidas incluyen el drenaje conectado a vacío, reposo, vendaje compresivo (en discusión), intervención nutricional y uso de fármacos.

La intervención nutricional tiene como objetivos disminuir la producción de quilo, reponer las pérdidas de fluidos y electrolitos y mantener el estado nutricional. Conduce al cierre del 80% de las fístulas e implica el uso de dietas pobres en triglicéridos de cadena larga suplementadas con triglicéridos de cadena media, nutrición enteral, nutrición enteral enriquecida con triglicéridos de cadena media o nutrición parenteral.

El 95% de la grasa dietética está compuesta por triglicéridos de cadena larga, que al ser absorbidos pasan a la linfa. Los de cadena media son hidrosolubles y se caracterizan por no precisar emulsificación por las sales biliares, presentar una hidrólisis más completa por la lipasa pancreática, o incluso absorberse en forma de triacilglicerolos en ausencia de lipasa; no incorporarse al sistema linfático, sino directamente al sistema venoso portal, como ácidos grasos unidos a albúmina. Todas estas características los hacen especialmente útiles en el tratamiento de trastornos en los que deben restringirse los triglicéridos de cadena larga.

La literatura no es clara respecto al manejo nutricional de la fístula quillosa, de-

bido a la baja incidencia de esta entidad, hallando una combinación de estudios observacionales, estudios retrospectivos y casos clínicos. Diversos estudios sugieren que la nutrición parenteral promueve un cierre más rápido que la nutrición enteral al disminuir la peristalsis y el flujo linfático. En una publicación de una serie de 11 pacientes, plantearon un soporte nutricional por pasos (dieta con triglicéridos de cadena media, nutrición enteral asociada a dichos triglicéridos y nutrición parenteral), interviniendo quirúrgicamente a 2 pacientes tras realizar previamente esta secuencia nutricional⁹. En otra publicación se corroboró la utilidad de los triglicéridos de cadena media en el tratamiento de las fístulas quillosas: 6 de 6 casos se resolvieron sin complicaciones usando nutrición enteral basada en triglicéridos de cadena media en un plazo de 7 días. Aunque la gran mayoría de casos se resuelven con tratamiento conservador, la revisión quirúrgica de la axila con la respectiva ligadura del conducto linfático axilar representa otra alternativa terapéutica en caso de persistencia fistulosa con alto débito¹⁰.

En los últimos años se están publicando casos de fístulas quillosas cervicales tratadas con somatostatina o sus análogos sintéticos, como el octreótido^{11,12}. Ambos se han usado en el tratamiento de fístulas intestinales y tienen diversas acciones biológicas. Las dosis habituales son de 6 mg de somatostatina diarios en perfusión continua o 100 µg cada 8 horas por vía subcutánea de octreótido. En los casos publicados de FQ tras linfadenectomía axilar, el tratamiento se asocia a una marcada disminución en la producción de quilo en las primeras 24 horas, sin efectos secundarios¹³.

No está claro cuál es el manejo adecuado de aquellos pacientes con fístulas de bajo débito que persisten más de 10 días y que se asocian con morbilidad elevada, complicaciones relacionadas con el tratamiento y estancia hospitalaria prolongada. En todo caso, distintos autores coinciden en que el manejo conservador de la fístula cervical debe limitarse a un periodo máximo de 30 días. En una revisión de FQ tras disección cervical se recomienda mantener el drenaje

con aspiración negativa¹⁴. Se discute el tratamiento intermedio basado en la linfangiografía y embolización del conducto torácico como alternativa a la cirugía¹⁵.

Por tanto, aunque parece existir un consenso en realizar un manejo conservador en la mayoría de los casos, actualmente no hay un algoritmo claro de tratamiento ante una fistula quílosa, teniendo en cuenta que no hay estudios prospectivos randomizados que comparen distintas estrategias terapéuticas. Cada estrategia está influenciada por las preferencias y experiencia personal de los autores.

BIBLIOGRAFÍA

1. SAKMAN G, PARSAK CK, DEMIRCAN O. A rare complication in breast cancer surgery: chylous fistula and its treatment. *Acta Chir Belg* 2007; 107: 317-319.
2. CHAN AC, SAROJAH A. Chylous leakage post mastectomy and axillary clearance: clinical aspect, causes and review of literature. *Med J Malaysia* 2013; 68: 262-263.
3. DONKERVOORT SC, ROOS D, BORGSTEIN PJ. A case of chylous fistula after axillary dissection in breast-conserving treatment for breast cancer. *Clin Breast Cancer* 2006; 7: 171-172.
4. SINGH M, DEO SV, SHUKLA NK, PANDIT A. Chylous fistula after axillary lymph node dissection: incidence, management and possible cause. *Clin Breast Cancer* 2011; 11: 320-324.
5. SALES F, TREPO E, BRONDELLO S, LEMAÎTRE P, BOURGEOIS P. Chylorrhea after axillary lymph node dissection. *Eur J Surg Oncol* 2007; 33: 1042-1043.
6. CONG MH, LIU Q, ZHOU WH, ZHU J, SONG CX, TIAN XS. Six cases of chylous leakage after axillary lymph node dissection. *Onkologie* 2008; 31: 321-324.
7. LAGARDE SM, TANIS PJ, VAN DER MELI S, RUTGERS EJ. Chylous fistula after internal mammary chain sentinel node biopsy. *Am Surg* 2010; 76: 1309-1311.
8. PIÑERO A, GALINDO PJ, ILLANA J, PARRILLA P. Fistula quílosa postlinfadenectomía axilar. *Rev Senología Patol Mam* 2007; 20: 29-32.
9. DE GIER HHW, BALM AJM, BRUNING PPF, GREGOR RT, HILGERS FJM. Systematic approach to the treatment of chylous leakage after neck dissection. *Head Neck* 1996; 18: 247-351.
10. JONG MIN BAEK, JIN A LEE, YU HEE NAM, GI YOUNG SUNG, DO SANG LEE, JONG MAN WON. Chylous leakage: a rare complication after axillary lymph node dissection in breast cancer and surgical management. *J Breast Cancer* 2012; 15: 133-134.
11. NUSSENBAUM B, LIU JH, SINARD RJ. Systematic management of chyle fistula: The Southwestern experience and review of the literature. *Otolaryng Head Neck* 2000; 122: 31-38.
12. CASCALES PA, RÍOS A, RODRÍGUEZ JM, PARRILLA P. Cervical chylous fistula after lymphadenectomy for papillary thyroid carcinoma treated with somatostatin analogs. *Endocrinología y Nutrición (English Edition)* 2011; 58: 150-151.
13. ZHOU W, LIU Y, ZHA X, ZHENG W, CHEN L, XIE X et al. Management of chylous leakage after breast surgery: Report of four cases. *Surg Today* 2011; 41: 1639-1643.
14. WU H, PAN XL, LIU DY, LEI DP, XU FL, LUAN XY. Validity of high negative pressure drainage for chylous fistula after neck dissection: a report of eight cases. *Ai Zhong* 2005; 24: 213-214.
15. SCORZA LB, GOLDSTEIN BJ, MAHRAJ RP. Modern management of chylous leak following head and neck surgery: a discussion of percutaneous lymphangiography-guided cannulation and embolization of the thoracic duct. *Otolaryngol Clin North Am* 2008; 41: 1231-1240.