

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol. 2015; 68 (2): 183-186

**MANEJO DE LAS FÍSTULAS DE QUILO,
UNA RARA COMPLICACIÓN TRAS CIRUGÍA
UROLÓGICA**

Adib Reyes-Figueroa, Pedro Gil-Martínez, Ángel Borque-Fernando, Jorge Rioja-Zuazu, Ramiro García-Ruiz y María Jesús Gil-Sanz.

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza, España.

Resumen.- OBJETIVO: Analizar los diferentes tratamientos para la fístula de quilo postoperatorias.

MÉTODOS: Realizamos una revisión bibliográfica de los principales tratamientos para la fístula de quilo postoperatorias, aportando nuestra experiencia inicial de dos casos de pacientes con quilorrea postquirúrgica, con tratamiento conservador.

RESULTADO: Existe muy poca experiencia del tratamiento de la ascitis quilosa, puede utilizarse, según la literatura revisada, el octreótide (análogo de la somatostatina),

para disminuir el débito de la fístula. Los dos casos que aportamos fueron tratados exitosamente con octreótide subcutáneo, disminuyendo el débito del drenaje en 3 días aproximadamente.

CONCLUSIONES: El uso del octreótide aparece como un tratamiento efectivo en el manejo de las fístulas quillosas, y sugerido por algunos autores como tratamiento de primera línea en el manejo de estas, disminuyendo así las complicaciones que la pérdida de quilo puede conllevar.

Palabras clave: Fístula de quilo. Octreótide. Nefrectomía izquierda.

Summary.- OBJECTIVE: To analyze the different treatments for postoperative chylous fistulae.

METHODS: A literature review of the main treatments for postoperative chylous fistula, providing our initial experience of two cases of patients with postsurgical chylorea, with conservative treatment.

RESULTS: There is very limited experience in the treatment of chylous ascites. According to the literature reviewed, Octreotide (somatostatin analogue) can be used, to decrease fistula output. Both our cases were treated successfully with subcutaneous octreotide, with drain debit decrease in about 3 days.

CONCLUSIONS: The use of octreotide appears to be an effective treatment in the management of chylous fistulae, and it is suggested by some authors as first-line treatment in the management of these, thus decreasing the complications that can appear due to chyle loss.

Keywords: Chylous fistula. Octreotide. Left nephrectomy.

CORRESPONDENCIA



Adib Reyes-Figueroa
Hospital Universitario Miguel Servet
Avenida Isabel la Católica, 1
50009 Zaragoza, (España)

adibant@hotmail.com

Aceptado para publicar: 3 de diciembre 2014

INTRODUCCIÓN

La fuga postoperatoria de quilo en la cavidad peritoneal, denominado "ascitis quilosa", es una rara complicación después de la cirugía abdominal, se da sólo en una de cada 20.464 operaciones abdominales. La ascitis quilosa postoperatoria después de la cirugía urológica es poco común. En el campo de la cirugía urológica, se da con más frecuencia tras nefrectomía izquierda (1,4).

La ascitis quilosa seguida de una cirugía abdominal, es debida al daño quirúrgico a la cisterna del quilo (Pecquet) o alguno de sus principales afluentes. Debido a que el quilo consta de líquido linfático enriquecido con triglicéridos de cadena larga, linfocitos e inmunoglobu-

linas, las fugas graves y prolongados de este pueden inducir a la desnutrición y la inmunodeficiencia, aumentando así la mortalidad en estos pacientes (1,4).

El tratamiento tradicional para la ascitis quilosa es el control de la dieta con triglicéridos de cadena media para reducir el flujo de linfa. Sin embargo, la eficacia de este tratamiento como una sola modalidad es baja. Por lo tanto, la nutrición parenteral total en combinación con paracentesis terapéutica ha sido recientemente recomendada. Por otra parte, la administración de octreótide, un análogo de la somatostatina, se ha defendido para el tratamiento de la ascitis quilosa, porque reduce la absorción de grasa y disminuye la excreción de líquido linfático (1,4,5).

La ascitis quilosa se define como la salida de 100 ml/24hrs o más de líquido lechoso, libre de amilasa, con concentración de triglicéridos en el líquido de mayor o igual de 110mg/dl.

PRESENTACIÓN

En este artículo presentamos nuestra experiencia inicial de dos casos en el manejo de las fistulas de quilo, tras nefrectomía radical izquierda, tratados primero con dieta absoluta y luego con octreótide. Realizamos una revisión de la literatura sobre el tratamiento actual en las fistulas de líquido quiloso, tras cirugía abdominal, analizando la utilidad de los diferentes tratamientos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Caso 1

Varón de 52 años, con antecedentes de hipertiroidismo, sin alergias conocidas, y sometido a nefrectomía izquierda laparoscópica, donante vivo de trasplante renal, con antecedente de peritonitis por apendicitis, en la juventud. Durante intervención se constataron varias adherencias

Presenta buena evolución en el postoperatorio inmediato, con débito por drenaje de 0 ml, por lo que se retira al tercer día postoperatorio y es dado de alta al quinto día postoperatorio. A los 8 días el paciente ingresa por molestias y distensión abdominal. Se realiza TAC (Figura 1) en la que se observa ascitis. Se coloca drenaje percutáneo, obteniendo 2 litros de líquido lechoso, disminuyendo así la distensión abdominal. El líquido se analiza y no se observa amilasa en este y presenta triglicéridos de 189 mg/dl, por lo que se diagnóstica de fistula de quilo.

Se inicia tratamiento con dieta pobre en grasa, hiperprotéica con triglicéridos de cadena media, pero tras 3 días de dieta el débito por drenaje continuaba con líquido lechoso, 850 ml/24 hrs y con triglicéridos de 140

mg/dl. Por lo que se deja en dieta absoluta y se inicia octreótide 100 microgramos subcutáneos cada 8 horas, y tras 24 hrs de tratamiento el drenaje disminuye a 320 ml/24 hrs. Tras 3 días de tratamiento el drenaje es de 30 ml/24hrs y se analiza obteniendo la cifra de triglicéridos de 56 mg/dl, por lo que se reintroduce dieta y al no aumentar el débito por drenaje, este se retira.

Se realiza ecografía control, la cual es normal y se da de alta el paciente en buenas condiciones y con seguimiento nutricional.

Caso 2

Varón de 67 años, con antecedentes de hipertensión arterial, enfermedad péptica, sin alergias conocidas. Se realiza TAC por seguimiento de enfermedad péptica, en la que se encuentra masa renal izquierda (Figura 2), por lo que se le realizó nefrectomía radical izquierda abierta, la cual fue de gran dificultad por características de dicha masa. Presenta anatomía patológica de tumor renal de células claras (T2b N0 M0). Con postoperatorio inmediato favorable. A las 72 horas se activa drenaje, con salida de 720 ml/24 hrs de líquido lechoso, el cual se manda a analizar, encontrando 173mg/dl de triglicéridos, por lo que se sospecha de fistula de quilo. Se inicia dieta específica, pero débito de drenaje no mejora después de 1 semana, por lo que se deja en dieta absoluta y se inicia octreótide, 100 microgramos/8hrs, y se asocia alimentación parenteral. Después de 4 días de tratamiento el débito por drenaje disminuye a 10ml/24hrs. Se analiza nuevamente y se constata que es linfa, por lo que se retira el drenaje. Se realiza eco-



Figura 1. TAC en la que se observa ascitis.

grafía control, en la que no se observa colecciones, es dado de alta con buena evolución.

DISCUSIÓN

La presencia de una fístula quilosa, es una complicación rara pero molesta en la cirugía torácica y abdominal; es en efecto difícil de manejar y la mayoría del tiempo resulta en una larga y costosa estadía hospitalaria. Se diagnóstica con la salida de líquido lechoso a través del drenaje, el análisis de drenaje muestra triglicéridos mayor de 110 mg/dl.

El tratamiento conservador de la fístula quilosa comprende un conjunto de medidas que deben ser progresivas y escalonadas, la duración del tratamiento conservador alcanza 1-2 semanas.

El drenaje de las cavidades ocupadas sintomáticas constituye el inicio del tratamiento, ya sea con punciones repetidas (toracocentesis o paracentesis) o colocación de drenajes definitivos peritoneales o torácicos. En nuestros casos, el paciente #1 fue manejado con colocación de drenaje al presentar ascitis, en el caso #2 la paciente quedó con un drenaje en el acto operatorio.

Continuando con las medidas conservadoras, se recomienda el inicio con dieta pobre en grasa, hiperproteica y triglicéridos de cadena media, (estos se absorben directamente del intestino a la circulación portal) y NPT (coloca el intestino en reposo), con estas disposiciones

se puede disminuir el flujo linfático de 220 ml/(kg/h) a 1 ml/(kg/h) (6), mas aún la nutrición parenteral corrige el déficit nutricional y metabólico consecuencia del gran volumen de linfa perdida. Usando NPT y dieta se necesita aproximadamente entre 2 y 6 semanas para curar el 60 a 100% de los casos (7,8). En nuestros pacientes solo se inicio dieta, pero presentaron pobres resultados.

La experiencia inicial con el uso de somatostatina para el cierre de linforrea postoperatoria fue reportada en 1990 por Ulibarri y col (9), el exacto mecanismo de cómo actúa no está completamente entendido. La somatostatina en un polipéptido ampliamente distribuido, con acción neuromoduladora a nivel del SNC; disminuye la absorción intestinal de las grasas, baja la concentración de triglicéridos en el conducto torácico y disminuye el flujo de linfa en los conductos linfáticos principales, además disminuye la secreción gástrica, pancreática e intestinal, inhibe la actividad motora del intestino, disminuye el proceso de absorción intestinal y disminuye el flujo sanguíneo esplácnico (10). En la mayoría de los artículos la somatostatina es utilizada cuando la dieta y NPT han fracasado, Qi Huang y col, reportan que el uso de somatostatina con NPT debe ser terapia de primera línea para la ascitis quilosa de diferentes causas y debe ser iniciada lo antes posible (11). A.Gomez-Caro y col concluyen que la utilización del octreótido se ha mostrado efectiva y no invasiva, reduce la morbimortalidad, la hospitalización y el coste generado por complicaciones de un tratamiento mas agresivo, sin que se haya recogido información acerca de los efectos secundarios adversos. La asociación de NPT y octreótido aumenta el índice de resolución de Quilotórax en niños y evita una eventual intervención quirúrgica (12). La dosis de octreótido es de 100 microgramos c/8 horas al inicio. En principio, la retirada del drenaje se realiza en los siguientes 5 días de tratamiento, no existe contraindicación de un tratamiento más prolongado (13).

La duración del tratamiento médico ofrecido y la decisión de proceder quirúrgicamente va a depender exclusivamente del médico tratante. Debido a la baja frecuencia de las fístulas quilosas, no existen datos definitivos, el estudio de Kuboki hizo una comparación entre octreótide y nutrición parenteral, el drenaje disminuyó más rápido con octreótide (1 día) que con dieta (6 días) (14).

En el primer paciente del presente artículo se confirman los datos de otros autores (9), la administración de octreótide se traduce en una caída brusca del débito de la fístula quilosa torácica, es usada por 3 días, luego de lo cual es retirado el drenaje y suspendido el medicamento, el paciente es seguido en controles ambulatorios con ecografía, no presentando recurrencia de su fístula.

En el segundo paciente la efectividad del octreótide queda en manifiesto cuando posterior a su administración el débito de la fístula presenta una brusca caída. El drenaje es retirado y presenta buena evolución.



Figura 2. TAC en la que se encuentra masa renal izquierda.

En el manejo de nuestros pacientes con el uso de la octreótide coincide con el control del 100% de las fístulas quilosas, La dosis utilizada fue de 100 microgramos subcutáneo /8 horas por 3 días.

CONCLUSIÓN

Aunque todavía hacen falta estudios para dilucidar el exacto mecanismo de acción de la droga, el uso de la octreótide aparece como un tratamiento efectivo en el manejo de las fístulas quilosas, y sugerido por algunos autores como tratamiento de primera línea en el manejo de estas (11,14). Es necesario más estudios con el fin de establecer el exacto papel que juega el uso de la octreótide en el control de las fístulas quilosas. Debido a la escasa frecuencia de la patología, resulta difícil que contemos con esta información en corto plazo por lo que las comunicaciones de casos, como la aquí presentada, son de elevada importancia para acumular experiencia que ayude al adecuado manejo de nuestros pacientes que se enfrentan a esta dramática afección.

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y **lectura fundamental)

1. Yale D, Podnos, Deron J Tessier. Chyle fistula 2003,
2. Fahimi H, Casselman FP, Mariani Ma, Van Boven Wj, Knaepen PJ, Van Swieten HA. Current management of postoperative chylothorax. *Ann Thorax Surg* 2001; 71: 448-51.
- *3. Kas R, Rustman LD, Zoetmulder FA. Chylous ascites after oncological abdominal surgery: incidence and treatment. *Eur J Surg Oncol* 2001; 27: 187-89.
4. Oddó D, Sepúlveda V, Buchholtz M, Fernandez R, Neveu R. Linfangioleiomiomatosis linfonodal retroperitoneal: presentación de un caso anatomopatológico. *Rev Chil Cancerología y Hematología* 2004; 14: 159-64.
5. Wolff AB, Silen ML, Kokoska ER, Bradley M, Rodgers BM. Treatment of refractory chylothorax with externalized pleuroperitoneal shunts in childrens. *Ann Thorax Surg* 1999; 68: 1053-7.
6. Aalami OO, Allen DB, Organ CH Jr. Chylous ascites: A collective review. *Surgery* 2000; 128: 761-78.
7. Lee YY, Soong WJ, Lee YS, Hwang B. Total parenteral nutrition as a primary therapeutic modality for congenital chylous ascites: report of one case. *Acta Paediatr Taiwan* 2002; 43: 214-16.
8. Leibovitch I, Mor Y, Golomb J, Ramon J. The diagnosis and management of postoperative chylous ascites. *J Urol* 2002; 167 (2pt 1): 449-457.
9. Ulibarri JI, Sanz Y, Fuentes C. Reduction of lymphorrhagia from ruptured thoracic duct by somatostatin. *Lancet* 1990; 2: 258.
10. 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.
11. Qi Huang, Zhi-Wei Jiang, Ning Li, Jie-Shou Li. Chylous ascites: Treated with total parenteral nutrition and somatostatin. *World J Gastroenterol* 2004; 10(17): 2588-91.
- *12. A Gomez-Caro, C Marron Fernandez, FJ Moradillos Diez, V Diaz-Hellin, JA Perez Anton, JL Martin de Nicolas. Tratamiento conservador con octreótido del quilotorax postquirúrgico. *Arch Bronconeumol* 2004; 40(10): 473-75.
13. Rimenssberger PC, Muller-Schenker B, Kalangos A, Beghetti M. Treatment of a persistent postoperative chylothorax with somatostatin. *Ann Thorac Surg* 1998; 66: 253-2
- **14. S. Kuboki, H. Shimizu, H. Yoshidome, M. Ohtsuka, A. Kato, H. Yoshitomi and M. Miyazaky. Chylous ascites after hepatopancreatobiliary surgery. *British Journal of Surgery*, 2012.