

# Linforragia cervical después de un vaciamiento cervical izquierdo

## Lymphatic cervical leakage after cervical neck left dissection

### RESUMEN

Abstract: Presentamos un caso de una paciente de 32 años que fue sometida a un vaciamiento cervical radical modificado izquierdo por CA de origen desconocido. En el acto quirúrgico se observó secreción blanquecina a nivel supraclavicular izquierda, procediéndose a la ligadura de conducto linfático incluyendo tejidos adyacentes. Se dejó un redón de media presión. A las 24h de la intervención, apareció linfa en el drenaje de vacío. Se describen las medidas que se instauraron y que evitaron, en este caso, una reintervención quirúrgica.

### PALABRAS CLAVE:

Linforragia cervical. Vaciamiento cervical.

### SUMMARY

A 32 years old female patient is reported because of a case of lymph leakage after a cervical neck dissection. It had been noticed during surgery a leakage of a liquid like milk in the wound. It obliged to tight the left lymphatic duct. It was left a low pressure drainage. 24 hours after surgery it was seen a milky leakage. It reported our treatment to avoided doing other surgery.

### KEY WORDS:

Lymphatic cervical leakage. Cervical neck dissection.

## Introducción

La linfa es un líquido claro procedente del líquido intersticial. Entre 2 y 4 litros de éste regresan al compartimiento vascular cada día por los linfáticos<sup>1</sup>. Está compuesta por proteínas plasmáticas, ácidos grasos de cadena larga, elementos celulares con función inmunitaria, gérmenes y restos celulares y metabólicos.

Los vasos linfáticos recogen la linfa extravascular a través de finos capilares que corren paralelos a los vasos sanguíneos. Estos capilares linfáticos se unen para ir formando vasos linfáticos más gruesos. El conducto torácico representa el tronco colector en el que confluyen la mayoría de los vasos linfáticos, excepto los que proceden del miembro superior derecho, de la mitad derecha de la cabeza, del cuello y del tórax, que al reunirse, forman la gran vena linfática derecha. El conducto torácico termina en el confluente venoso yuguloclavio izquierdo, aunque esta anatomía presenta numerosas variaciones.

La linforragia es más común después de disecciones del lado izquierdo<sup>2</sup>. Se trata de una complicación relativamente infrecuente en la cirugía de cuello, pero que cuando se produce puede ocasionar problemas nutricionales, desórdenes metabólicos y electrolíticos y disminución de la capacidad inmunitaria (3), si no se resuelve con diligencia.

## Caso Clínico

Paciente de 32 años que presenta adenopatías cervico-supraclaviculares izquierdas metastásicas de carcinoma de origen desconocido. La paciente había recibido 5 ciclos de tratamiento quimioterápico sin responder al mismo y había sido remitida para la realización de un vaciamiento ganglionar. De forma programada, se lleva a cabo un vaciamiento cervical izquierdo de los niveles II, III y IV. En el acto quirúrgico se observa la salida de secreción linfática que se repara mediante ligadura del conducto linfático incluyendo tejidos adyacentes.

A las 24h de la intervención se detecta en la botella del redón 400 cc. de líquido de aspecto lechoso, persistiendo dicha pérdida durante 3 días, a pesar de haber efectuado medidas como vendaje compresivo y dieta hiperprotéica, con bajo contenido en grasa. Consultado el Servicio de Endocrinología, se le administra nutrición parenteral (OliClinomel®) 2000cc a 84ml/h por vía periférica con drum. Por nuestra parte, se decidió infiltrar a la paciente, a nivel supraclavicular, inyecciones de doxiciclina hidrato 100 mg (Vibravenosa®) 1 vial de cada 3 días, en dos ocasiones. La evolución fue satisfactoria. La cantidad de linfa disminuyó a 30 ml en las 24h siguientes de la primera infiltración. Se retiró el drenaje en vacío, aunque se siguió efectuando vendaje compresivo. En ningún momento presentó abultamiento a nivel del hueco supraclavicular izquierdo. La paciente permaneció afebril, mejorando su estado general. A los 5 días se fue reintroduciendo de forma progresiva dieta oral. Dada de alta, continuó tratamiento radioterápico.



Figura 1: Bote de redón que muestra la cantidad de linfa drenada a través de la fístula en 24 h.



Figura 2: Infiltración de doxiciclina a nivel supraclavicular izquierdo.

## Discusión

La incidencia de la linforragia como complicación en la cirugía del cuello varía de 1 a 2%. Es más común en el lado izquierdo que en el lado derecho. Se atribuye a Cheevers en 1875 la primera descripción de fístula linfática del conducto torácico después de una cirugía de cuello<sup>2</sup>. La salida de una cantidad importante de este fluido puede ocasionar una pérdida de proteínas y de electrolitos, necrosis cutánea y estallido carotídeo<sup>4</sup>.

La prevención es la mejor medida para no lesionar el conducto torácico. Si la fístula se identifica durante el acto quirúrgico, se debe proceder a una ligadura del conducto con sutura de 3-0 ó 4-0 no reabsorbible<sup>3,5</sup>.

En el postoperatorio inmediato, esta complicación tardará más o menos en diagnosticarse según la cantidad de linfa que drene. Se han descrito medidas posturales<sup>6</sup> como reposo en cama, elevación de la cabecera de la cama a 45°, drenaje espirativo y vendaje compresivo, aunque esa actitud es más controvertida y un programa nutricional para

disminuir el nivel de formación de linfa. Según de Gier<sup>7</sup> y Zanaret y col.<sup>8</sup> conviene interrumpir el drenaje aspirativo. Martín y cols.<sup>9</sup> proponen una dieta que incluya una mezcla de minerales, ácido fólico, suplementos vitamínicos y triglicéridos de cadena media (MCT). A diferencia de los triglicéridos de cadena larga (LCT), los MCT no precisan sales biliares para su absorción y no penetran en el sistema linfático, siendo transportados por el sistema venoso portal como ácidos grasos libres unidos a la albúmina. La absorción de los triglicéridos de cadena larga (LCT) incrementa el flujo linfático, lo que estimula todavía más la pérdida de grasa y proteínas. El descenso en aporte de LCT y la suplementación con MCT deben disminuir el flujo de linfa a través del conducto torácico favoreciendo el cierre de la fístula. Si no se mejora con una dieta oral o enteral, estaría indicado una dieta absoluta y soporte nutricional por vía parenteral<sup>2</sup>. Con los nuevos soportes nutricionales, es posible mantener al paciente un periodo razonable con tratamiento conservador y valorar si la fístula puede cerrar espontáneamente.

Bozzetti y cols.<sup>10</sup> consiguen el cierre de fístulas linfáticas postoperatorias en 8 de 9 pacientes, tratados de forma conservadora con nutrición parenteral total (TPN), en algo más de una semana, no recomendando la reparación quirúrgica antes de 2 a 3 semanas de estar con nutrición parenteral total. Para Gregor<sup>4</sup>, la TPN permite el control de la pérdida de fluidos y proteínas, mientras se evita la salida de linfa.

Como tratamiento alternativo, Metson en 1986<sup>11</sup> obtuvo éxito inyectando tetraciclina hidrociorada en el lecho supraclavicular y considera que esta terapia debería probarse en el tratamiento de las fístulas linfáticas, secundarias a una disección radical cervical, antes de realizar una revisión quirúrgica. En esta misma línea, Kassel y cols. también desarrollan la escleroterapia con agentes como la tetraciclina a través del catéter de drenaje o bien percutáneamente<sup>3</sup>.

Otra medida descrita es el tratamiento con somatostatina, administrada por vía periférica, en perfusión continua, a dosis de 250 µg/h los primeros 5 días con reducción progresiva de la misma hasta el 12º día<sup>12</sup>, o bien inyecciones de análogos de somatostatina<sup>13</sup> manteniendo una nutrición parenteral total (TPN). En estos estudios se comprobó una disminución del drenaje de linfa y cierre de la fístula. Durante este tratamiento es preciso realizar controles de glucemia.

Merante y col.<sup>14</sup> sugieren como tratamiento de una linforragia, ayuno con aporte nutricional parenteral en combinación con agentes esclerosantes, dejando la ligadura del conducto torácico como última opción terapéutica. Otros autores sugieren una revisión quirúrgica desde el inicio de la presentación de la linforragia.

Nosotros, ante los resultados obtenidos, somos partidarios de emplear primero medidas conservadoras, como: vendaje compresivo en la zona quirúrgica, interrumpir la aspiración y dieta oral hipolipídica e hiperprotéica, susti-

tuyéndola por nutrición parenteral si no mejora. Podemos realizar infiltraciones transcutáneas de tetraciclina o derivados sintéticos, en el lecho y dejaremos, el tratamiento quirúrgico, como última posibilidad.

Los criterios para indicar un tratamiento quirúrgico incluyen la persistencia de la linforragia, cuando el débito es importante o si se asocian otras complicaciones. Spiro y col.<sup>6</sup> aconsejan el tratamiento quirúrgico en los casos en que el drenaje exceda de los 600cc por día. Según Nussenbaum y cols.<sup>15</sup> el tratamiento quirúrgico debe ser considerado de forma precoz en casos de fístulas con una pérdida de más de 1000 ml/día, sin rápida respuesta al tratamiento médico. Las complicaciones relacionadas con el tratamiento están asociadas con las fístulas de bajo débito persistentes más de 10 días. La terapia optima para estos pacientes no está clara<sup>2</sup>.

Varios procedimientos se pueden utilizar cuando es necesaria una revisión quirúrgica como el uso pegamento de fibrina, colgajos musculares<sup>4,7</sup> o injerto libre de grasa submental sobre la zona del ductus<sup>16</sup>.

## Conclusiones

1. Estamos de acuerdo en que la prevención es la mejor medida para no lesionar el conducto torácico, pero cuando surge esta complicación en el campo quirúrgico se deberá proceder a la reparación.
2. Si se detecta en el postoperatorio iniciaremos medidas posturales, compresivas y dietéticas con nutrición enteral o parenteral.
3. Hemos encontrado en la esclerosis con doxiciclina hidrato una terapia fácil y exitosa.
4. Si la cantidad de pérdida de linfa es importante o si persiste la fístula, consideraremos necesario la reintervención quirúrgica ya que se pueden plantear alteraciones metabólicas, nutricionales, electrolíticas e inmunitarias nutricionales.

## Bibliografía

1. Durán- Briones G. Impacto del manejo de líquidos en la cirugía de cabeza y cuello. *Revista Mexicana de Anestesiología. Anestesia para cirugía de cabeza y cuello.* 2007;30 Supl 1: pp 5 200-201.
2. Cánovas B.; Morlán MA.; Familiar C.; Sastre J.; Marco A.; López J. Resolución de una fístula linfática cervical con tratamiento dietético oral. *Nutr. Hosp.* 2005;XX(6): 429-432.
3. Sicilia Gutiérrez, M.A.; Capitán Cañadas, L.M.; Martínez-Villalobos Castillo, S.; Fernández Solís, J.; Sánchez López, D.; Valencia Laseca, E.: Linforragia cervical derecha: A propósito de un caso. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac*, 2003;25(6).
4. Gregor R.T.: Management of chyle fistulization in association with neck dissection. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2000; 122(3):434-439.
5. Lapp GC; Brown DH;Gullane PJ; McKneally M.Thoracoscopic management of chylous fistulae. *Am J Otolaryngol* 1998; 19 (4):257-262.
6. Spiro J.D.; Spiro R.H.; Strong E.W. The management of chyle fistula. *Laryngoscope* 1990; 100: 771-774.
7. De Gier, HH; Balm, AJ; Bruning, PF; Gregor, RT; Hilgers FJ. Systematic approach to the treatment of chylous leakage after neck dissection. *Head Neck* 1996; 18 (4): 347-351.
8. Zanaret M.; París J.; Duflo S. Vaciamientos ganglionares cervicales. E-46-470, 12p. EMQ.
9. Martin C.H.; Marinho A.E.; Browun D.M. Medium chain triglycerides in the management of chylous fistulae following neck dissection. *Br J Oral Maxillof Surg* 1993; 31:236-238.
10. Bozzeti F; Arullani A.; Baticci F; Terno G.; Ammatuna M.; Cappello G. Management of lymphatic fistulas by total parenteral nutrition. *J Parenter Enteral Nutr.* 1982 ;6 (6):526-527.
11. Metson R.; Alessi D.; Calcaterra T.C. Tetracycline sclerotherapy for chylous fistula following neck dissection. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1986; 112(6):651-653.
12. Ulibarri J.I.; Sanz Y.; Fuentes C.; Mancha A.; Aramendia M.; Sanchés S. Reduction of lymphorrhagia from ruptured thoracic duct by somastatin. *Lancet* 1992; 39:491-492.
13. Valentine CN.; Barresi R.; Prinz RA.. Somastatin analog treatment of a cervical thoracic duct fistula. *Head Neck.* 2002;24(8):810-813.
14. Merante Boschini I.; Meduri F.; Toniato A., Pagetta C.; Casalide E.; Rubello D.; Pelizzo MR.. Cervical lymphorrhoea after nodal dissection: role of casting based on clinical evidence. *Minerva Chir.*2006;61(1):57-62.
15. Nussenbaum B., Liu JH., Sinard RJ. Systematic management of chyle fistula: the Southwestern experience and review of the literature. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2000;122:31-38.
16. Casler JD., Brietzke SE. Repair of a high-output chylous fistula with a free fat graft. *Laryngoscope* 1998;108: 938-940.