



Quilotórax en el postoperatorio de una simpatectomía torácica por videotoracoscopia

Sr. Director: El quilotórax, acumulación de quilo en la cavidad pleural, es una complicación poco frecuente de la cirugía torácica, y presenta una incidencia del 0,5 al 2%.

El diagnóstico se establece por la presencia de triglicéridos y quilomicrones en el líquido pleural. Si bien puede remitir espontáneamente, hay que iniciar el tratamiento de forma temprana, ya que el déficit nutricional y el trastorno inmune que se producen conlleva una elevada morbimortalidad. Inicialmente, el tratamiento puede ser conservador, mediante la colocación de un drenaje pleural y estableciendo una dieta absoluta con nutrición parenteral total o manteniendo una dieta con ácidos grasos de cadena media. Sin embargo, cuando el débito por el drenaje pleural es superior a 200 ml al día durante 2 semanas, en el caso de un adulto, o aparecen signos de desnutrición está indicado el tratamiento quirúrgico.

Para el tratamiento del quilotórax, en 1948, Lampson¹ describió la ligadura del conducto torácico y Gingel², en 1956, describió la pleurodesis química. El desarrollo de las técnicas de endoscopia torácica han redundado en una disminución de la morbilidad en el tratamiento quirúrgico del quilotórax.

En la bibliografía existen 4 casos descritos de quilotórax después de una simpatectomía, uno por vía transaxilar³ y otros tres a través de videotoracoscopia. En uno de los casos⁶ la lesión del conducto torácico se objetivó durante la intervención y se procedió a la colocación de un clip. Los otros 3 casos se solucionaron mediante tratamiento conservador.

Paciente de 32 años de edad intervenida de simpatectomía torácica bilateral por videotoracoscopia por una hiperhidrosis palmar grave bilateral. Se realizó la sección del simpático en T2 mediante electrocoagulación con buena respuesta intraoperatoria a la pulsioximetría, aumento significativo de la temperatura cutánea en ambas manos y normalidad de la radiografía de tórax en el postoperatorio inmediato. A partir de las 8 h de la intervención se objetivó la salida de líquido de aspecto quiloso por el drenaje pleural izquierdo. Se procedió al análisis bioquímico del mismo, que confirmó la presencia de tri-

CARTAS AL DIRECTOR

glicéridos y quilomicrones. Se instauró tratamiento mediante dieta de triglicéridos de cadena media y se mantuvo el drenaje pleural. El débito no fue superior a los 100 ml durante la semana siguiente y el perfil bioquímico nutricional realizado no evidenció pérdidas iónicas ni proteicas significativas. A los 9 días cesó la salida de quilo por drenaje pleural y la radiografía de tórax solamente evidenció una ocupación pleural mínima. Se retiró el drenaje torácico y se dio de alta a la paciente en el día 10 postoperatorio. Se mantuvo la dieta durante 2 semanas más, y un control de consultas externas al mes del alta no evidenció anomalías clínicas, bioquímicas ni radiológicas.

El quilotórax, aunque infrecuente, debe tenerse en cuenta entre las complicaciones de la simpatectomía torácica. El tratamiento de elección debe ser conservador puesto que: *a*) probablemente la lesión no se encuentra en el conducto torácico, sino en alguna de sus ramas (tronco broncomediastínico independiente izquierdo, glándulas linfáticas mediastínicas posteriores o espacios intercostales posteriores iz-

quierdos) y se autolimitará con la dieta apropiada, y *b*) al tratarse normalmente de pacientes jóvenes y sin enfermedades previas la tolerancia a la pérdida nutricional es lógicamente mucho mejor que si se tratase de un quilotórax asociado o producido tras el tratamiento quirúrgico de una enfermedad maligna.

En este caso, es muy difícil saber si hubo una lesión directa o si ésta fue térmica, ya que utilizamos coagulación monopolar. En la actualidad realizamos la ablación del simpático mediante bisturí ultrasónico, lo que anula la posibilidad de lesiones térmicas tanto en los tejidos y estructuras circundantes (nervios y vasos intercostales) como en las alejadas (ganglio estrellado).

**M. Serra Mitjans, M.A. Callejas Pérez
y M. Rubio Garay**
Servei de Cirurgia Toràtica. Institut Clínic
de Pneumologia i Cirurgia Toràtica.
Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona.

1. Lampson RS. Traumatic chylothorax: a review of the literature and report of a case treated by mediastinal ligation of the thoracic duct. *J Thorac Surg* 1948;17:778-91.
2. Gintel JC. Treatment of chylothorax by producing pleurodesis using iodized talc. *Thorac* 1965;20:261-9.
3. Levy I, Ariche A, Sebbag G, Hoda J. Le chylothorax: une complication rare de la sympathectomie thoracique trans-axillaire. *Ann Chir* 1993;47:769-72.
4. Cheng WC, Chang CN, Lin TK. Chylothorax after endoscopic sympathectomy a case report. *Neurosurgery* 1994;35:330-2.
5. Gossot D. Chylothorax after endoscopic thoracic sympathectomy. *Surg Endosc* 1996;10:949.
6. Fahimi H, Casselman FP, Mariani MA, Van Boven WJ, Knaepen PJ, Van Swieten HA. Current management of postoperative chylothorax. *Ann Thorac Surg* 2001;71:448-51.