

LESION DEL CONDUCTO TORACICO A NIVEL CERVICAL REPARADO QUIRURGICAMENTE

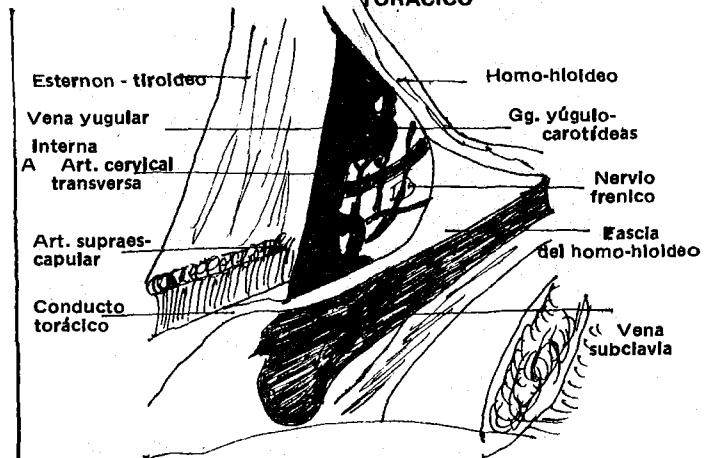
Dr. Luis Pacheco Ojeda *

Introducción

Durante las disecciones de cuello, ya sean radicales o modificadas, se retira el tejido célulo-ganglionar adyacente al confluente yúgulo-subclavio maniobrándose por lo tanto en las inmediaciones de la desembocadura del conducto torácico en el lado izquierdo y de la llamada gran vena linfática o conducto linfático derecho en el lado opuesto.

Eventualmente el conducto torácico puede ser lesionado sin mayores consecuencias siempre y cuando sea reconocido y ligado adecuadamente (1, 2, 3). La existencia de vasos anastomóticos entre ambos lados mantiene el retorno linfático del tronco, extremidades y cabeza hacia la circulación venosa. La variabilidad anatómica del sitio de desembocadura del conducto torácico así como la posibilidad de su terminación en varias ramas son hechos frecuentes (4) (fig. 1).

FIG. 1 TERMINACION DEL CONDUCTO TORACICO



La lesión del conducto torácico único o de una de sus ramas terminales a nivel cervical en caso de adenectomía supraclavicular es excepcional y su manejo puede causar dificultades como en los casos que presentamos y que fueron solucionados quirúrgicamente.

Reporte de casos

Caso 1. Paciente indígena, sexo femenino, 72 años de edad, doméstica, nacida en Riobamba y residente en Quito. Un interrogatorio difícil nos hizo conocer la existencia de astenia, anorexia y un abdomen prominente acompañado de edema de miembros inferiores desde hace unos 4 o 6 meses. Este cuadro asociado a una artritis de varios años de duración le impedía prácticamente caminar. La paciente ingresó al Hospital "Carlos Andrade Marín" en Junio de 1981 en condiciones generales mediocres. El examen físico reveló la presencia de poliadenopatías supraclaviculares izquierdas de 1,5 cm de diámetro cada una, un abdomen bastante distendido, con ascitis, red venosa colateral y una masa tumoral localizada en hipogastrio de aproximadamente 10 x 15 cm de tamaño, proveniente de la pelvis y fija en profundidad; el hígado y el bazo no eran palpables; había edema importante de miembros inferiores y en fin, un sangrado genital moderado. No fue posible realizar un tacto rectal y un examen ginecológico. El diagnóstico clínico fue de neoplasia de ovario.

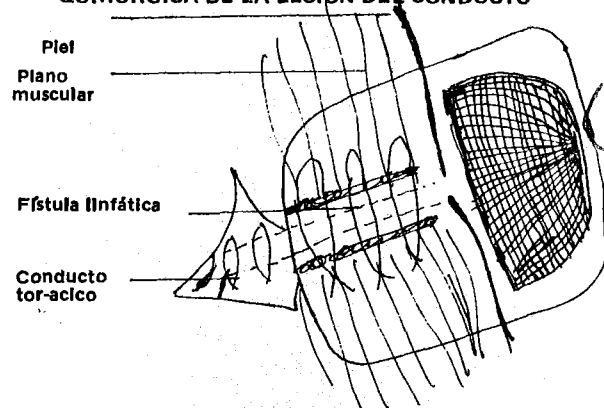
Las radiografías de torax y columna así como una gammagrafía hepática no demostraron lesiones tumorales.

El 2 de Julio de 1981 se procedió a realizar una poliadenectomía supraclavicular izquierda bajo anestesia local a través de una incisión de 4 cm sobre y paralela a la clavícula. Se retiraron unos 4 ganglios sospechosos macroscópicamente manipulando en la fosa supraclavicular por fuera de los vasos yugulo-carotídeos. Se dejó un dren y un apósito moderadamente compresivo. El resultado histológico fue de metastásis de disgerminoma.

Luego de retirado el dren a las 48 horas se hizo presente una linforrea persistente que humedecía los apósitos que debían ser cambiados diariamente. No se pudo llegar a realizar una compresión eficaz sobre la fosa supraclavicular para controlar la linforrea dadas las malas condiciones de la piel, muy elástica y sensible al esparadrapo.

Debido a que la pérdida de unos 200 a 400 cc de linfa diariamente estaba llevando a esta frágil paciente a una deshidratación decidimos reintervenir a los 10 días de la primera intervención. Encontramos un trayecto fistuloso por donde drenaba linfa que maceraba los tejidos circundantes. Colocamos 2 puntos de seda en jareta hacia el confluente yugulo-subclavio sobre el origen aparente del drenaje linfático; luego colocamos puntos de aproximación del plano muscular y finalmente unos 3 puntos totales de piel y músculo anudados sobre el apósito compresivo (fig 2). Se continuó una hidratación parenteral y una antibioterapia previamente indicadas. El apósito compresivo fue retirado a los 6 días habiéndose comprobado la remisión de la linforrea.

FIG' 2.- ESQUEMA DE LA REPARACION QUIRURGICA DE LA LESION DEL CONDUCTO



La paciente fue dada de alta a los pocos días una vez cicatrizada completamente la herida de la reintervención. El servicio de Radioterapia decidió no administrar cobaltoterapia, tratamiento específico del disgerminoma, debido a la edad y a la mediocre condición general de la paciente. Conocimos de su fallecimiento luego de un mes seguramente debido a la evolución de la neoplasia ovárica.

Caso 2. Paciente de 72 años, sexo masculino, jubilado, residente en Quito y con antecedentes de un accidente cerebro-vascular hace 4 años. Ingresó al servicio de Neumología del Hospital "Carlos Andrade Marín" en Febrero de 1982 por un enfisema pulmonar obstructivo crónico

y corpulmonale descompensado. Al examen físico el paciente se hallaba en regulares condiciones generales. Los hallazgos físicos más importantes fueron: una masa poliganglionar supraclavicular izquierda ligeramente fija en profundidad y de aproximadamente 3 cm de diámetro; un soplo sistólico mitral; una matitez del tercio inferior de campo pulmonar derecho y rales en la base izquierda; abdomen tenso con hígado palpable a 1 cm bajo el reborde costal; finalmente, un edema maleolar bilateral. Luego de su ingreso se procedió a una tóracocentesis habiéndose obtenido unos 1200 cc de líquido hemorrágico cuyo estudio citológico fue positivo para malignidad; varias punciones fueron repetidas posteriormente. Una radiografía de tórax demostró un ensachamiento de mediastino superior, masas parahiliares derechas y un derrame pleural. En vista de que una biopsia pleural resulto negativa

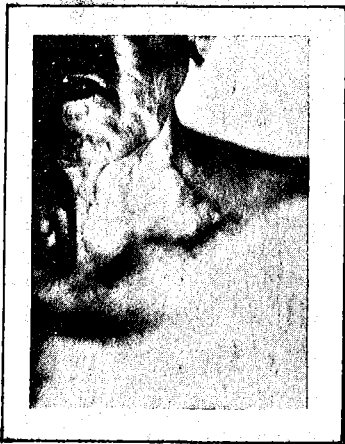


Fig. 3.- Aspectos de la fístula

Actualmente se ha planificado una cobalto-terapia sobre tórax pues una segunda biopsia pleural reveló un carcinoma epidermoide.

Discusión

El objeto del presente trabajo es doble. Por un lado, mencionar la posibilidad de lesionar el conducto torácico o una de sus ramas terminales en el confluente yúgulo-subclavio inadvertidamente cuando se realiza una adenectomía

el 19 de Marzo de 1982 se procedió a realizar una poliadenectomía supraclavicular izquierda bajo anestesia local con el fin de obtener material histológico que confirmara la citología del líquido pleural. Se retiraron unos 4 ganglios algo adheridos a la fascia profunda del cuello. Se dejó un dren y un apósito medianamente compresivo. El diagnóstico histológico fue de una infección granulomatosa crónica recomendándose descartarse una tuberculosis.

Retirado el dren a los 3 días comenzó a presentarse una linforrea importante que no cedió con medidas conservadoras. A los 13 días de la primera intervención tuvimos que realizar una operación semejante a la del caso 1 habiéndose obtenido una cicatrización completa a la siguiente semana (fig. 3 y 4).



Fig. 4.- Cicatriz postquirúrgica

supraclavicular. Y por otro lado, lo que es más importante, discutir la manera de manejar la linforrea consecuente a tal lesión.

En cirugía ganglionar con frecuencia observamos linforreas de poca magnitud que son cohibidas con medidas locales conservadoras simples: drenaje aspirativo en el área inguinal, punciones repetidas a nivel de la axila, compresión sobre la fosa supraclavicular. Según la cantidad de linforrea pueden estar indicados además una rehi-

dratación, una dieta hipograsa, antibióticos, corticoides, etc. (5, 6).

Thawley (7) y Glenn (8) han propuesto una exploración amplia del cuello para localizar y ligar el conducto torácico cuando una fístula linfática se manifiesta tempranamente. En casos tardíos han propuesto consolidar el área del conducto lesionado con músculo adyacente pues los cambios inflamatorios locales impiden una localización exacta del sitio de la lesión; la alternativa que quedaría sería la ligadura del conducto más abajo a nivel de tórax. Una compresión y un drenaje aspirativo fueron suficientes en los 3 casos de lesión del conducto torácico reportados por Lacour (9). En nuestros pacientes el fracaso de las medidas conservadoras nos obligó a intervenir quirúrgicamente en una modalidad ciertamente poco agresiva felizmente con un buen resultado inmediato.

RESUMEN

Se reportan dos casos inusuales de lesión de la terminación del conducto torácico a nivel cervical en el curso de una poliadenectomía supraclavicular izquierda. Este tipo de lesión que podría ser tratado ya sea con medidas conservadoras o ya sea mediante una exploración quirúrgica amplia fue eficazmente tratado con un acto quirúrgico poco agresivo y de mediana magnitud.

SUMMARY

We report two unusual cases of injury to the cervical part of the thoracic duct during the excision of several supraclavicular lymph nodes. This type of lesion could be treated with conservative measures or with a wide neck exploration. In the present cases we performed a limited operation with an immediate good result.

BIBLIOGRAFIA

1. BAKAMJIAM V. Y., MILLER S. H.: *A Technique for Radical Dissection of the Neck*. *Surg. Gynecol. Obst.* 144 (3): 419-424, 1977.
2. LORE J.M. *An Atlas of Head and Neck Surgery*. Philadelphia: W.B. Saunders. 1973: 544.
3. BEAHR O.H.: *Anatomía quirúrgica y técnica de la disección radical del cuello*. *Clin. Quir. N.A.* 57: 663-700, 1977.
4. GARDNER E., Gray D. J., O'Rahilly R. *Anatomía*. Barcelona: Salvat Ed. 1971:420.
5. PACHECO L.: *Les evidements ganglionnaires dans le mélanome malin a l'Institut Gustave Roussy*. Villejuif: I.G.R. 1978.
6. ESTRADA J.: *Les oedemes chroniques après evidements ganglionnaires pour cancer*. *Ann. Chir.* 2: 159-167, 1967.
7. THAWLEY S.E.: *Chylous Fistula Prevention and Management*. *Laryngoscope* 90: 522-525, 1980.
8. CLENN W.W.: *The Lymphatic System. Some Surgical Considerations*. *Arch. Surg.* 116 (8): 989-995, 1981.
9. LACOUR J., HOURTOULLE F.G.: *Evidement sus-claviculaire*. *Encyclopedie Médico-Chirurgicale*. Paris: E.M.C. 1974.

* Cirujano Oncólogo - Hospital Carlos Andrade Marín - Profesor Auxiliar de Anatomía.