

ROTURA ESPONTÁNEA DE CONDUCTO TORÁCICO CERVICAL

Manuel Navarro Navarro, Estela López Pérez, María Alberola Marco, Carlos Martínez Gómez, María Isabel Moya García

Hospital del Vinalopó, Elche, España

Objetivos: Describir los hallazgos por imagen en pacientes con rotura espontánea del conducto torácico cervical. Establecer las claves para su diagnóstico.

ROTURA ESPONTÁNEA DE CONDUCTO TORÁCICO CERVICAL

Material y métodos

Revisamos tres casos confirmados de rotura espontánea de conducto torácico en su segmento cervical. Los tres pacientes eran mujeres (edad media de 43 años). Todas presentaron una tumoración de aparición brusca, ligeramente dolorosa, en localización supraclavicular izquierda y sin antecedente destacable en anamnesis. Se realizó en todas las pacientes una radiología de tórax y ecografía cervical. En un caso se completó con una ecografía abdominal y en dos casos con un TC cervical, torácico y abdominal.

ROTURA ESPONTÁNEA DE CONDUCTO TORÁCICO CERVICAL

Resultados

En los 3 casos la ecografía mostró la presencia de acúmulos lineales de líquido disecando los lobulillos de la grasa del espacio cervical y supraclavicular izquierdo (Figura 1). Se descartó la presencia masas circunscritas ni adenopatías, alteraciones en estructuras viscerales y se confirmó la permeabilidad de vasos cervicales. Una paciente presentó un derrame pleural bilateral (Figura 2) y en otra paciente se puso de manifiesto líquido libre intraabdominal (Figura 1). Se realizó toracocentesis y paracentesis, respectivamente.

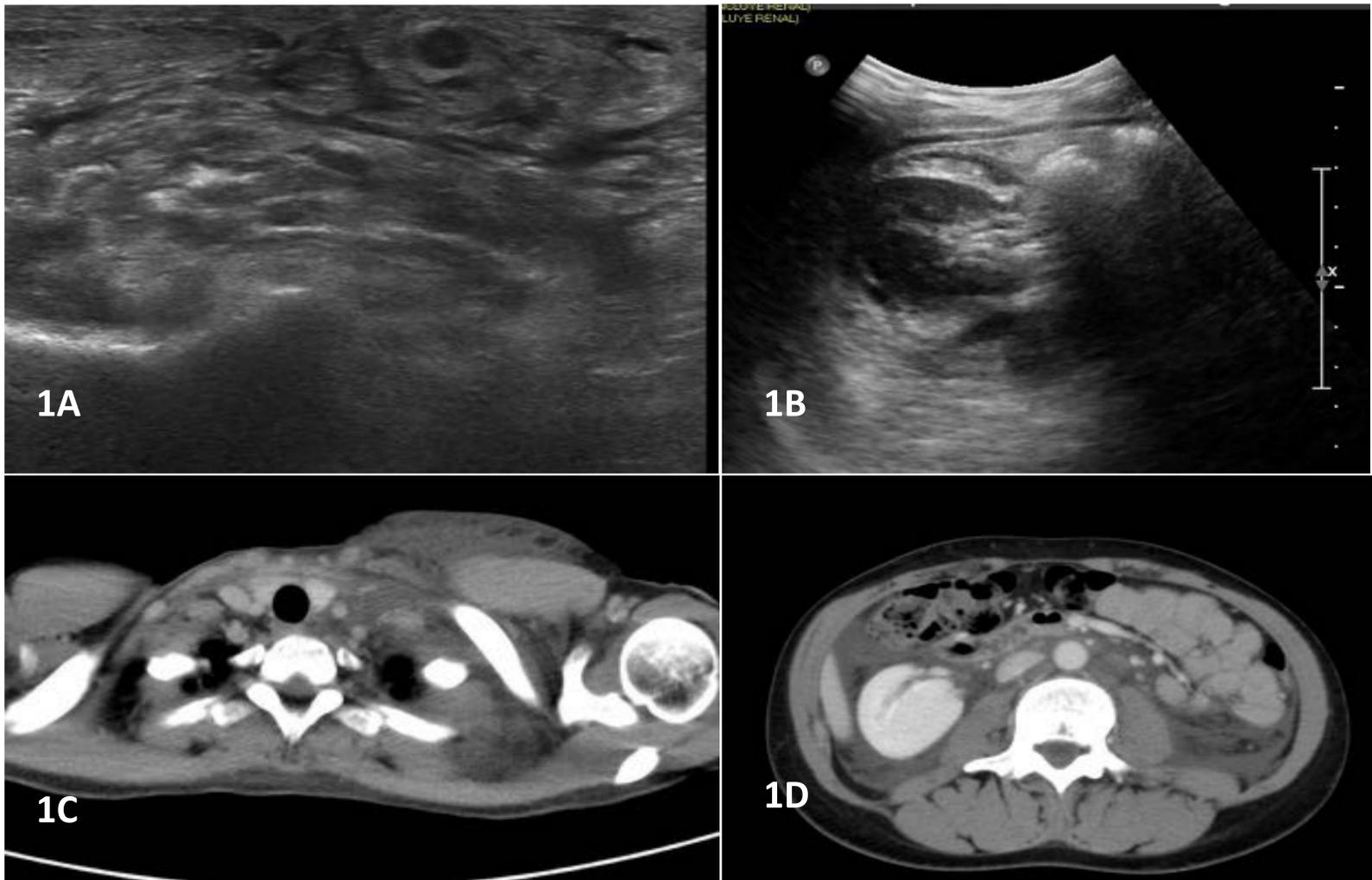


Figura 1. A. Ecografía en hueco supraclavicular izquierdo. Acúmulos lineales de líquido disecando los lobulillos de la grasa, sin otras lesiones visibles. B. Corte transversal ecográfico en área renal derecha. Líquido libre hiperecogénico retroperitoneal. C y D. TC cervical y abdominal. Acúmulo líquido no encapsulado en hueco supraclavicular izquierdo y espacio retroperitoneal bilateral. La punción demostró ascitis quillosa.

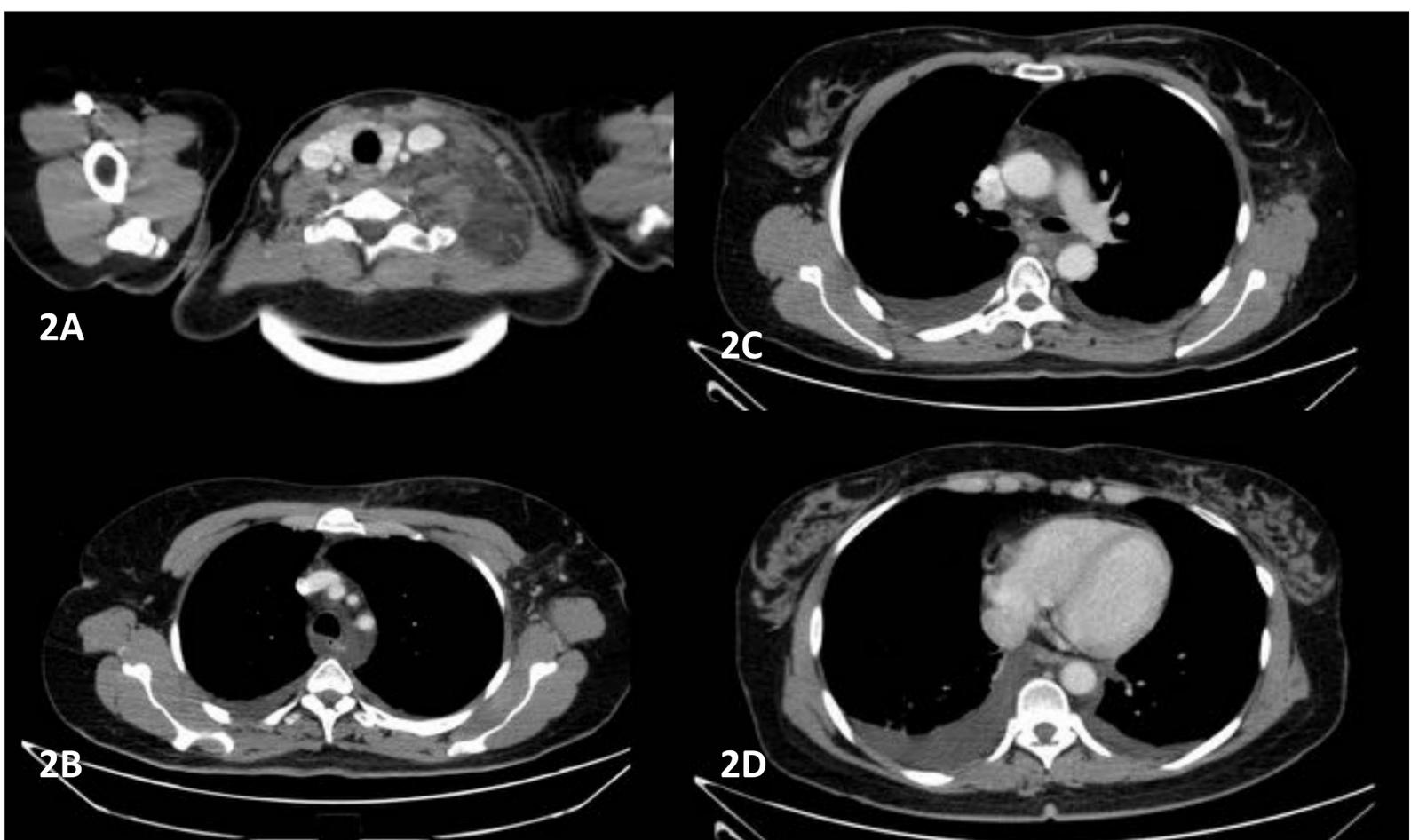


Figura 2. TC tras contraste. Acúmulo de líquido no encapsulado en región supraclavicular izquierda (A), mediastino superior (B y C), y derrame pleural bilateral (C y D). La toracocentesis derecha demostró quilotorax.

ROTURA ESPONTÁNEA DE CONDUCTO TORÁCICO CERVICAL

Discusión

El conducto torácico, también llamado ducto torácico o gran vena torácica, es el mayor de los conductos linfáticos en el cuerpo y es el principal canal linfático para el retorno de quilo al sistema venoso. Se origina en el abdomen en la confluencia del tronco lumbar derecho e izquierdo y del tronco intestinal, formando la llamada cisterna lumbar o Cisterna de Pecquet. Atraviesa el diafragma a nivel de la apertura aórtica y asciende al mediastino posterior, entre la aorta torácica descendente y la vena ácigos. Recibe el drenaje linfático del área cervical izquierda a través del segmento cervical en el ángulo yugulo-subclavio. El conducto linfático derecho drena la extremidad superior derecha, seno derecho, pulmón derecho y lado derecho de la cabeza y el cuello [1].

El segmento cervical del conducto torácico puede identificarse en estudios de TC y no debe confundirse con ganglios linfáticos reactivos, quistes congénitos, metástasis ganglionares u otras lesiones [2].

Las lesiones que afectan al conducto torácico pueden ser de múltiples etiologías (congénitas, traumáticas, tumorales, infecciosas...) y provocarán la rotura o la obstrucción del mismo. A nivel cervical las anomalías más frecuente encontradas son la dilatación quística (quistes del conducto torácico) y la rotura secundaria a cirugía cervical (fístula quillosa yatrógena) [3]. La rotura espontánea es una situación inusual, y en nuestro conocimiento, solo han sido publicados casos aislados[4-6].

Presentamos 3 pacientes con rotura espontánea de conducto torácico cervical. Nuestros pacientes eran mujeres de mediana edad, y todas presentaron como debut inicial un aumento de volumen del área supraclavicular izquierda, ligeramente doloroso. No se objetivó un desencadenante definido que justificara la aparición de dicha tumoración ni se encontraron datos en la historia clínica de antecedentes relevantes. En la evolución de las primeras 24 horas tras el inicio de los síntomas una paciente presentó un cuadro de dolor abdominal, otra una ligera disnea progresiva y en otra no presento ningún otro síntoma.

ROTURA ESPONTÁNEA DE CONDUCTO TORÁCICO CERVICAL

Discusión (cont).

La ecografía cervical demostró en todas las pacientes acúmulos lineales de líquido disecando los lobulillos de la grasa del espacio cervical y supraclavicular izquierdo sin afectación visceral, vascular ni presencia de masas definidas.

Los estudios de TC confirmaron la afectación cervical. Demostraron además la presencia de líquido libre intrabdominal retroperitoneal hiperdenso que justificaba el dolor abdominal (Figura 1) y una afectación medistínica y pleural que justificaba la disnea (Figura 2). La punción del líquido ascítico y pleural confirmó la sospecha clínica de quilotórax y ascitis quilosa respectivamente. Igualmente estos los estudios iniciales sirvieron para excluir patologías subyacentes, que además fueron descartadas de una manera definitiva en estudios de seguimiento.

En esta presentación queremos enfatizar la existencia de un subgrupo de pacientes con rotura del segmento cervical del conducto torácico sin un factor desencadenante y que presentan un patrón clínico bien definido. Aunque los casos referidos en la literatura hacen hincapié sobre todo en el estudio de pacientes con quilotórax espontáneo, nosotros queremos centrar el interés el desarrollo inicial de una tumefacción en el hueco supraclavicular izquierda y que, en general, se solicita una ecografía cervical como primer estudio. En este subgrupo de pacientes, la demostración de bandas de acumulo líquido entre los lobulillos grasos en área laterocervical y supraclavicular izquierdo, en un contexto clínico apropiado, y sin otras lesiones cervicales por imagen debe plantear la posibilidad de una rotura espontánea del conducto torácico cervical. El conocimiento de esta entidad, la correlación entre la presentación clínica y los hallazgos ecográficos cervicales, permiten una orientación rápida y precisa de esta patología. Tras esta presunción diagnóstica, posteriormente se recomienda realizar con un TC cervical torácico y abdominal para demostrar la presencia de afectación torácica o abdominal, así como para excluir patología subyacente que produzca una lesión secundaria del conducto torácico en sus segmento cervical, torácico o abdominal. La obtención y el posterior análisis del líquido obtenido por punción del derrame pleural o de la ascitis permitirá establecer el diagnóstico de seguridad, siendo menos rentable la punción directa cervical. En casos de rotura espontánea, la fuga suele ser de bajo flujo, y la linfografía no suele ser concluyente.

El tratamiento inicial es conservador, con reposo relativo y medidas dietéticas, presentando en general una evolución clínica favorable. Ninguna de nuestras pacientes precisó de otras actuaciones.

ROTURA ESPONTÁNEA DE CONDUCTO TORÁCICO CERVICAL

Conclusión

Queremos enfatizar la existencia de un subgrupo de pacientes con rotura del segmento cervical del conducto torácico sin un factor desencadenante y que presentan un patrón clínico bien definido, con la aparición brusca y relativamente poco sintomática de un abultamiento en la zona supraclavicular izquierda. El conocimiento de esta entidad, especialmente la correlación entre la presentación clínica y los hallazgos ecográficos cervicales, permiten una orientación rápida y precisa de esta patología. La confirmación se realiza mediante la determinación analítica de líquido quiloso. Deben excluirse otras causas de masas cervicales, quilotórax o ascitis quilosa.

Bibliografía

- [1] Octavio Tijerina de la Garza, Rodrigo E. Elizondo Omaña, Ruben Ruiz Fernández, Édgar Ortegón Galindo, Santos Guzmán López. Morfología del conducto torácico y su importancia clínica. *Medicina Universitaria* 2007;9(35):72-76
- [2] Ming-Eng Liu, Barton F. Branstetter IV, Joseph Whetstone, Edward J. Escott. Normal CT Appearance of the Distal Thoracic Duct. *AJR*:187, December 2006. 1616-16-20
- [3] Alberto Martorell. Afecciones del conducto torácico. *Angiología*. Vol XVII nº2 (78-89)
- [4] Javier García-Tirado, Hugo S. Landa-Oviedo e Iliana Suazo-Guevara. *Arch Bronconeumol*. 2017;53(1):32-39
- [5] G. Fraile, I. Perales, F. Norman y E. Fernández Cofrades. *Rev Clin Esp*. 2008;208(4):205-8
- [6] Abi-Fadel F, Khan M, Apergis G, Fahmy S A 40 year-old female with an acute onset left lateral neck and supraclavicular swelling. *Heart lung Circ* 2012 Dec;21(12):815-6.