

Embolização de ducto torácico por quilotórax refratário a abordagem cirúrgica

Menezes C.S.S., Campos B., Fabiano T., Dantas D., Rocha D., Barbosa D., Braz R., Salas H., Gouveia H.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

INTRODUÇÃO

O quilotórax corresponde ao acúmulo de linfa na pleura. Embora pouco frequente é uma importante causa de derrame pleural, sendo seu diagnóstico usualmente difícil, pode ser oriundo tanto da obstrução, quanto da laceração do ducto torácico, sendo suas causas mais comuns as neoplasias, trauma, causas congênitas, infecções e trombose venosa do sistema da veia cava superior. O reconhecimento precoce e a terapia adequada da fistula do ducto torácico previnem a depleção nutricional e linfocitária secundária.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 44 anos, com diagnóstico prévio de linfoma primário mediastinal com baixa resposta a terapia inicial associado ao surgimento de quilotórax alto débito, refratário à múltiplas drenagens, causado por provável compressão do ducto torácico por volumosa massa mediastinal, a qual ocasionou em aumento da pressão linfática e ruptura dos vasos secundários. O paciente inicialmente foi abordado com drenagem torácica e posterior abordagem cirúrgica por toracoscopia, onde foi realizada a ligadura do ducto torácico e da janela pleuropericárdica, porém apesar dos procedimentos cirúrgicos empregados houve manutenção da formação do quilotórax de alto débito, aproximadamente 2000 ml/dia, dessa forma foi realizada uma linfangioRM (figura 1 e 2), após punção direta de linfonodo inguinal e injeção do gadolínio, que evidenciou alto débito e extravasamento do contraste na janela pleuropericárdica, adjacente ao clipe cirúrgico.

Foi realizada posteriormente a embolização do ducto torácico, através da punção direta do ducto torácico devido a ausência da cisterna do quilo com agulha de 22G, passagem de guia 0,014 mm e posterior passagem do microcateter para aplicação de cola (1:1) diretamente no seguimento linfático que ocasionava extravasamento, bem como do ducto torácico.

Após a realização da devida embolização foi evidenciada diminuição gradual do débito do dreno, sendo o mesmo retirado após cerca de 7 dias.

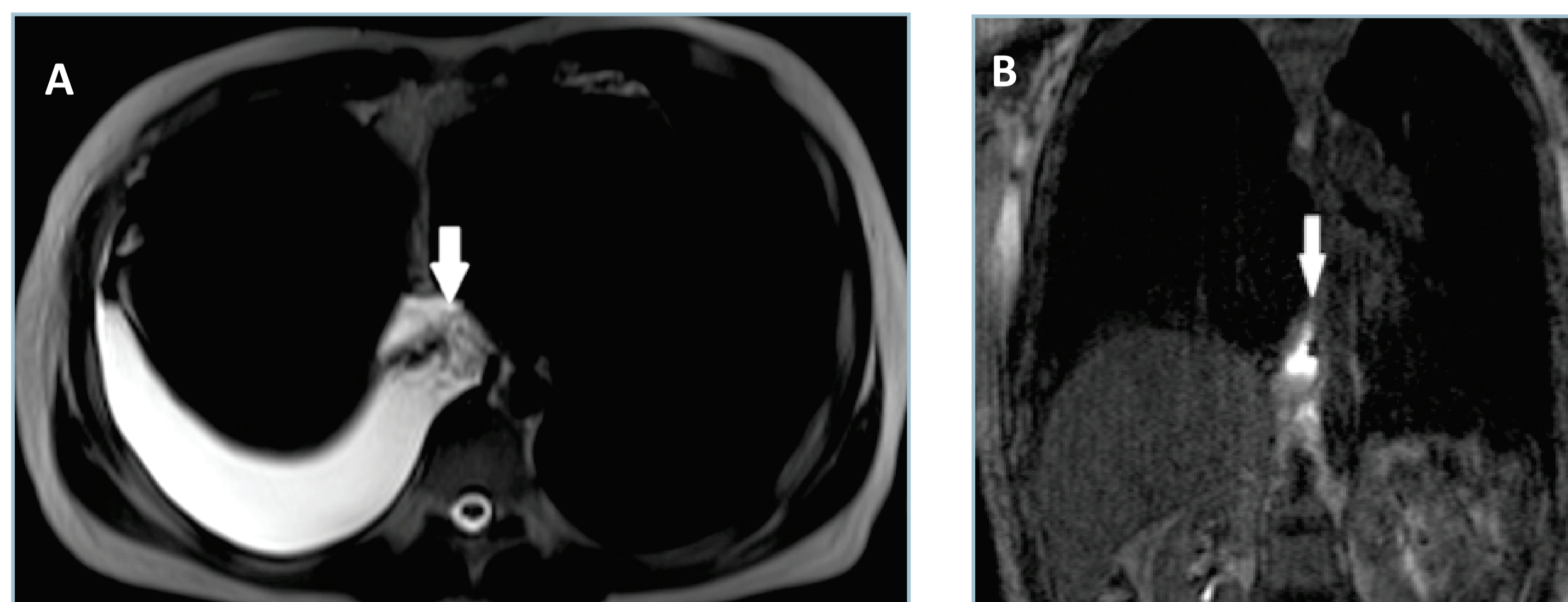


Figura 1:(A)Corte axial T2, quilotórax e artefato de fluxo junto ao mediastino.(B)Plano coronal, pós gadolínio apresentando ponto fistuloso junto ao grampo cirúrgico

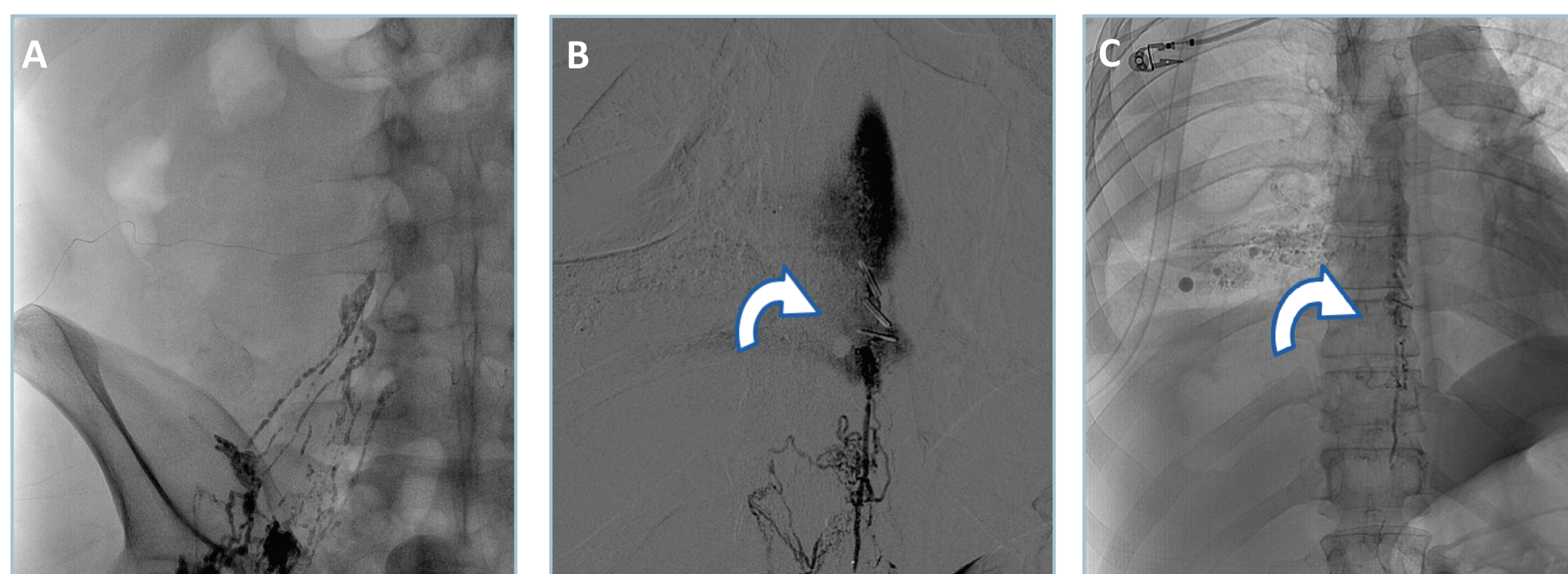


Figura 2:(A) Linfangiografia com lipiodol.(B)Fístula junta ao grampo cirúrgico.(c)Embolização com cola do ducto torácico.

DISCUSSÃO

O quilotórax é uma causa de derrame pleural importante e com alto grau de morbimortalidade caso não seja empregado tratamento efetivo, isso acontece devido a alta depleção nutricional a qual pode depletar o sistema fisiológico e imunológico do paciente. A terapia mais conservadora, utilizada em paciente com débito do dreno menor que 200ml/dia, inicia-se com dieta hipogordurosa, triglicerídios de cadeia média e drenagem pleural em selo d'água. A expansão pulmonar nestes casos é essencial, pois a posição da pleura sobre a fistula acelera o fechamento da mesma. Entre os tratamentos cirúrgicos temos a abordagem por toracoscopia e/ou cirurgia aberta onde é efetuado pleurodese, ligadura do ducto torácico, pleurectomia. Como alternativa de tratamento minimamente invasivo surge a embolização do ducto torácico.

CONCLUSÃO

A abordagem minimamente invasiva de embolização do ducto torácico através da punção direta do sistema linfático pode ser uma excelente opção terapêutica para quilotórax refratário ocasionando em grande melhora da qualidade de vida e do aspecto clínico do doente.