

11209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION No. 3 DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

MANEJO CONSERVADOR DE FISTULA
LINFATICA POSTQUIRURGICA

T E S I S
Q U E P R E S E N T A :
DR. CRISTOBAL ADRIANO AGUILAR SIBILLA
PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA
ESPECIALIDAD EN CIRUGIA GENERAL



IMSS

ASESOR: DR. GABRIEL GARCIA CORREA

MEXICO, D. F.

FEBRERO 2005

m341229



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION No. 3 DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

MANEJO CONSERVADOR DE FÍSTULA LINFÁTICA
POSTQUIRÚRGICA

T E S I S
QUE PRESENTA:

DR. CRISTÓBAL ADRIANO AGUILAR SIBILLA

PARA OBTENER EL DIPLOMA
EN LA ESPECIALIDAD EN

CIRUGÍA GENERAL

ASESOR:

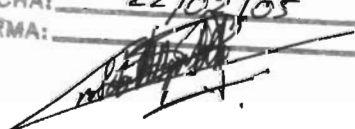
DR. GABRIEL GARCÍA CORREA

MÉXICO. D.F.

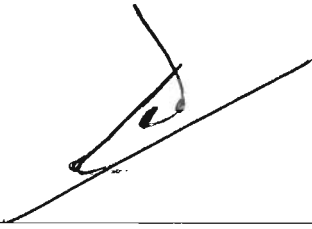
Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Cristóbal Adriano Aguilar Sibilla


FECHA: 22/02/05

FIRMA: 

FEBRERO 2005



DR. ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES
JEFE DE LA DIVISIÓN DE
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN LA SALUD
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES C.M.N. SIGLO XXI



DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE LA ESPECIALIDAD EN
CIRUGÍA GENERAL
JEFE DEL SERVICIO DE GASTROCIRUGÍA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES C.M.N. SIGLO XXI



DR. GABRIEL GARCÍA CORREA
ASESOR DE TESIS
CIRUJANO GENERAL ADSCRITO EL SERVICIO DE
APOYO NUTRICIONAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES C.M.N. SIGLO XXI



REGISTRO NACIONAL DE TESIS DE ESPECIALIDAD

Delegación 3 suroeste Unidad de adscripción HE CMN SIGLO XXI

Autor:

Apellido

Paterno: AGUILAR Materno: SIBILLA Nombre: CRISTÓBAL ADRIANO

Matricula: 99380964 Especialidad: CIRUGÍA GENERAL Fecha Grad.: 28/02/2005

Asesor:

Apellido

Paterno: GARCÍA Materno: CORREA Nombre: GABRIEL

Matricula: 8184771 Especialidad: CIRUGÍA GENERAL Registro: 022/2005

Título de la tesis:

Manejo conservador de fistula linfática postquirúrgica
Reporte de un caso

Resumen:

Se describe el caso de una paciente diabética que presentó un absceso renal que se manejo quirúrgicamente con una nefrectomía y al cuarto día del procedimiento quirúrgico presentó salida de líquido de aspecto "lechoso" en cantidad de 1200 cc en 24 hrs. a través de un drenaje de Penrose. Se realizaron diferentes estudios diagnosticándose una fistula linfática. El manejo dietético que se intentó en primera instancia no fue satisfactorio por lo que se decidió manejo con nutrición parenteral total obteniéndose un resultado satisfactorio a los pocos días. Realizamos una revisión de la literatura donde encontramos poca información reportada de fistulas linfáticas posteriores a intervenciones quirúrgicas retroperitoneales y consideramos que debido a las técnicas quirúrgicas más agresivas y a que se cuenta con más tecnología para aumentar la sobrevida de los pacientes, los médicos observarán una mayor incidencia de fistulas linfática o ascitis quílosa, por lo que es importante conocer sobre esta complicación.

Palabras Clave:

1) Fistula linfática 2) Nefrectomía 3) Absceso renal 4) Nutrición Parenteral

Págs. 18 Ilus. 1

(Anotar el número real de páginas en el rubro correspondiente sin las dedicatorias ni portadas)

(Para ser llenado por el Jefe de Educación e Investigación Médica)

Tipo de investigación: cl

Tipo de diseño: cll

Tipo de estudio: TE3c

AGRADECIMIENTOS

Debo agradecer a muchas personas que contribuyeron en mi formación académica y a la elaboración de este trabajo.

A mis padres, José Manuel y Ana Luisa, el más profundo agradecimiento por su apoyo incondicional durante mi vida en todo momento.

A mis hermanos, Francisco José, Manuel Antonio y Ana Luisa, ejemplos a seguir.

A mi abuela, María Luisa Alfaro, siempre conmigo en todo momento.

A mis tías, Leticia y Carmita, por haber creído en mí.

A mi esposa, Karina, por su amor estoico.

A mi familia, tan extensa como sus principios.

A mis maestros, gracias infinitas.

Al Hospital de Especialidades del C.M.N. SIGLO XXI, la institución de mi madurez, con aprecio y gratitud.

Un agradecimiento especial a mi maestro y asesor, Dr. Gabriel García Correa, que fue fundamental para la realización de este trabajo.

A todos mis amigos y compañeros.

Cuando deseas alguna cosa, todo el Universo conspira para que puedas realizarla.

INDICE

I.- Resumen	2
II.- Abstract	3
III.- Introducción	4
IV.- Material y Métodos	5
A) Diseño del Estudio	5
B) Universo de Trabajo	5
C) Descripción de Variables	5
V.- Reporte del Caso	6
VI.- Discusión	8
VII.- Conclusiones	11
VIII.- Referencias bibliográficas	12
IX.- Anexos	14
X.- Carta de aceptación de la publicación en la Revista Cirugía y Cirujanos	18

I. RESUMEN

Se describe el caso de una paciente diabética que presentó un absceso renal que se maneja quirúrgicamente con una nefrectomía y al cuarto día del procedimiento quirúrgico presentó salida de líquido de aspecto “lechoso” en cantidad de 1200 cc en 24 hrs. a través de un drenaje de Penrose. Se realizaron diferentes estudios diagnosticándose una fistula linfática. El manejo dietético que se intentó en primera instancia no fue satisfactorio por lo que se decidió manejo con nutrición parenteral total obteniéndose un resultado satisfactorio a los pocos días. Realizamos una revisión de la literatura donde encontramos poca información reportada de fistulas linfáticas posteriores a intervenciones quirúrgicas retroperitoneales y consideramos que debido a las técnicas quirúrgicas más agresivas y a que se cuenta con más tecnología para aumentar la sobrevida de los pacientes los médicos observarán una mayor incidencia de fistulas quilosas o ascitis quilosa, por lo que es importante conocer sobre esta complicación.

Palabras clave: Fístula linfática. Nefrectomía. Absceso renal. Nutrición parenteral total.

II. ABSTRACT

We describe the case of a diabetic patient that presents with a renal abscess that is surgically handled with a nephrectomy. At 4th day post-procedure she shows the presence of a “milky” appearance fluid amounting to 1200 cc in 24 hours through a Penrose drainage placed in the surgical resection site. Through several studies we reached the diagnosis of lymphatic fistula. The first diet management that was tried was not satisfactory and a total parenteral nutrition management was decided obtaining a satisfactory outcome in a few days. We made a review of literature where we found little reported information of lymphatic fistulas following retroperitoneal surgical operations and we consider that because of the more aggressive surgical techniques and more advanced technology to increase patient survival doctors will witness a higher incidence of chylous fistulas or chylous ascites, reason why it is important to know this complication.

Key words: Lymphatic fistula. Nephrectomy. Renal abscess. Total parenteral nutrition.

III. INTRODUCCIÓN

La ascitis quilosa es la acumulación de quilo dentro de la cavidad abdominal y fue descrita por primera vez por Morton en 1961 ⁽¹⁾. Puede ser resultado de diversas patologías, incluyéndose los defectos congénitos del sistema linfático, peritonitis infecciosa de origen bacteriano, parasitario o tuberculoso, cirrosis hepática, neoplasias malignas, trauma abdominal cerrado y lesión quirúrgica ⁽¹⁻¹⁶⁾. En la literatura médica existen numerosos reportes de ascitis quilosa y de fistulas linfáticas postquirúrgicas a nivel torácico o cervical, sin embargo, los reportes de fistula quilosa a nivel abdominal o retroperitoneal son escasos ⁽¹⁻¹⁶⁾. Estos se deben a la lesión inadvertida de los conductos linfáticos mayores a nivel del retroperitoneo ⁽¹⁶⁾.

A continuación presentamos un caso de fistula linfática posterior a nefrectomía y su manejo conservador con nutrición parenteral total (NPT).

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

4. A Diseño del Estudio.

Estudio retrospectivo, en el cual se reporta un caso de un paciente diabético e hipertenso que posterior a un evento quirúrgico presenta fistula linfática postquirúrgica. El paciente fue sometido a manejo conservador con apoyo nutricional, además del tratamiento de sus patologías de base, con evolución satisfactoria de este evento.

4. B Universo de Trabajo.

El estudio se realizó en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI. El paciente fue manejado por los servicios de Apoyo Nutricional, Gastrocirugía y Medicina Interna de forma conjunta. El motivo de ingreso fue la presencia de absceso renal.

4. C Descripción de Variables.

Un paciente femenino de 63 años, con cuadro de dolor en hipocondrio y fosa renal izquierda, disuria, poliaquiuria, tenesmo vesical y fiebre, se realiza tomografía abdominal con imagen compatible con absceso renal izquierdo, es intervenida quirúrgicamente, y posteriormente presenta fistula linfática corroborada por estudios de laboratorio y gabinete, la cual se maneja con apoyo nutricional con respuesta adecuada.

V. REPORTE DEL CASO

Paciente femenino de 63 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus de 10 años de evolución manejada con glibenclamida a dosis de 5 mg V.O. cada 12 hrs., e hipertensión arterial sistémica de 5 años de evolución tratada con captopril a dosis de 25 mg V.O. cada 12 hrs. Inició su padecimiento con dolor en hipocondrio y fosa renal izquierda, acompañado de disuria, poliaquiuria, tenesmo vesical y fiebre. En primera instancia se manejó médicamente fuera del Hospital con antibióticos por 10 días sin mejoría. Se realizó tomografía axial computada (TAC) reportando colección renal izquierda con pérdida del tejido renal normal, por lo que es enviada al servicio de urgencias del Hospital de Especialidades del C.M.N. Siglo XXI donde se toman laboratorios de control (Cuadro 1). Con lo anterior se decidió cirugía realizándose drenaje de absceso y nefrectomía ipsilateral. Su evolución postoperatoria fue normal, con adecuado control de glicemias y cifras tensionales, por lo que inició vía oral a las 72 horas y al siguiente día se observó salida de líquido de apariencia “lechosa” en cantidad de 1200 cc a través del drenaje de Penrose. Se realizó TAC, estudios de laboratorio (Cuadro 1), citoquímico del líquido obtenido (Cuadro 2) y linfangiograma con medicina nuclear (Figura 1) con lo que se realizó el diagnóstico de fistula linfática. En primera instancia se intentó manejo dietético vía oral con dieta polimérica, sin embargo el gasto a través de la fistula aumentó hasta 1600 cc en 24 horas, por lo que se decidió poner en ayuno a la paciente e iniciar NPT. A las 24 horas de iniciado éste último manejo el gasto disminuyó en forma importante y continuó esto progresivamente hasta ser negativo completamente a los 10 días del inicio de la NPT. Durante el apoyo nutricional con NPT se requirió del manejo con insulina NPH a 6 UI SC matutinas, con lo que se logró adecuado control metabólico. A los 2 días después de no presentar salida de líquido quiloso, se

inició la vía oral con dieta baja en grasas y el retiro paulatino de la NPT, lo cual fue tolerado adecuadamente. La paciente fue egresada del Hospital al cuarto día de tolerar la vía oral sin presentar datos de fístula quilosa, con estabilidad hemodinámica y adecuado control metabólico, esto último a base de hipoglicemiantes orales y dieta. En el Cuadro 3 se reportan los resultados de laboratorio a su egreso, en donde se puede apreciar mejoría del estado nutricional y de la función renal.

VI. DISCUSIÓN

Algunos procedimientos quirúrgicos realizados a nivel abdominal y/o retroperitoneal tales como pancreaticoduodenectomía, vagotomía, piloroplastia, resección de aneurisma de aorta abdominal, resección de ganglio celiaco, disección de ganglios linfáticos retroperitoneales y nefrectomía radical, entre otros, pueden causar lesión de los vasos linfáticos regionales ^(2,3,5,10,11,14,15,16). La fuga de linfa de los vasos lesionados puede acumularse en la cavidad peritoneal (ascitis quilosa) ó escapar a través de una herida o drenaje hacia el exterior del cuerpo (fistula linfática). Debido a que la ascitis quilosa y la fistula linfática son poco frecuentes y en ocasiones subclínicas, su prevalencia es difícil de definir ^(11,14,16). La incidencia se calcula entre 1:50 000 y 1:100 000 admisiones hospitalarias. La incidencia de una fistula linfática posterior a disección retroperitoneal es del 2% ^(1,5).

Las causas más frecuentes de la fistula quilosa son neoplasias malignas (la causa más común en el adulto), seguido de trauma abdominal cerrado, peritonitis bacteriana, infecciones (filariasis y tuberculosis abdominal), cirrosis, radiación pélvica, diálisis peritoneal, adenitis mesentérica, fibrosis pulmonar idiopática primaria, anomalías congénitas de los linfáticos, síndrome de la uña amarilla, sarcoidosis y enfermedad de Menetrier ^(1,3,4,6,7,9,11,14,16). Los procedimientos quirúrgicos son una causa importante como ya se mencionó anteriormente, la mayor parte (81%) de las fistulas quilosas postoperatorias se deben a cirugía de aorta abdominal⁽¹¹⁾. La sintomatología más frecuente es distensión y dolor abdominal, náusea, vómito, desnutrición/hipoproteïnemia, disnea y/o esteatorrea ^(1,2,3,6,11,14,16).

Al observar salida de líquido de aspecto lechoso a través del drenaje o herida, ó al realizar una paracentesis y obtener una muestra del líquido descrito puede sospecharse el diagnóstico. Sin embargo, la apariencia y composición del líquido no son constantes y dependen de diferentes factores, como el tamaño de las partículas de grasa, el contenido de células y la dieta, por lo que es necesario realizar un examen citoquímico al líquido obtenido. Otros exámenes útiles para el diagnóstico son la linfangiografía bipedal o centellografía linfática. El ultrasonido y la tomografía computada nos pueden informar sobre la presencia de colecciones líquidas intraperitoneales y/o retroperitoneales. En ocasiones la laparotomía exploradora ha realizado el diagnóstico^(1,2,3,4,5,11,14,16).

Los tratamientos utilizados varían desde un manejo conservador hasta la reexploración quirúrgica y ligadura de los vasos lesionados. El mantener el estado nutricional es de suma importancia mientras ocurre la cicatrización. Para estimular el cierre de la fistula, la producción de quilo debe disminuirse mediante la manipulación de la dieta^(1,2,3,5,6,11,14,16). Estamos de acuerdo con Browse y colaboradores⁽¹⁾ en que el manejo conservador debe incluir en primera instancia la corrección, vía oral, de deficiencias de líquidos y electrolitos, proteínas, calcio y/o vitaminas y dieta libre en grasas (con sustitución de grasas por triglicéridos de cadena media, ya que éstos pasan directamente a la circulación venosa y no a la circulación linfática). En caso de no haber respuesta a los pocos días ó que no sea posible alimentar al paciente por vía enteral, consideramos que se debe iniciar NPT y ayuno para el control y cierre espontáneo de la fistula.

Algunos autores han reportado el uso de somatostatina en infusión como parte del manejo con buenos resultados^(4,11,12,13,14,15,16). El primer reporte del manejo de las fistulas linfáticas con somatostatina fue descrito en 1990 por Ulibarri et al.⁽¹²⁾. El mecanismo exacto de la

somatostatina sobre las fistulas linfáticas no esta del todo claro. La somatostatina es un péptido de 14 a 28 aminoácidos presente en el sistema nervioso central, tubo digestivo y páncreas. Inhibe la liberación de la hormona del crecimiento, insulina, glucagon, gastrina, hormona estimulante de tiroides, hormona adrenocorticotropica, secretina, colecistoquinina, pepsina y renina. Se ha demostrado que disminuye la absorción de grasas, la concentración de triglicéridos en el conducto torácico y el flujo en los vasos linfáticos. También disminuye las secreciones gástricas, pancreáticas e intestinales, inhibe la actividad motora del intestino, retarda la absorción intestinal y disminuye el flujo esplácnico, con lo que podría disminuir la producción de linfa^(4,11,12,13,14,15,16). Actualmente se dispone de análogos de la somatostatina como el octreótide y lanreotide, que son octapéptidos y cuya vida media es más prolongada y que han sustituido a la somatostatina ⁽¹¹⁾. El tratamiento quirúrgico se realiza cuando el paciente continúa perdiendo peso o cuando persisten alteraciones metabólicas graves o presenta ascitis grave^(1,2,11,14,16).

Sin embargo, debemos recordar que el tratamiento quirúrgico no siempre es exitoso, que algunas fistulas cierran espontáneamente, que la NPT es segura y efectiva, y que el octreótide puede ser útil como parte del tratamiento conservador ^(5,10,11,12,13,14,15,16).

VII. CONCLUSIONES

La fistula linfática postquirúrgica es una complicación poco frecuente, y en ocasiones subclínica, de diversos procedimientos quirúrgicos a nivel abdominal y/o retroperitoneal.

Las causas más frecuentes son neoplasias malignas, trauma abdominal cerrado, infecciones, trastornos congénitos de los linfáticos y procedimientos quirúrgicos.

La sintomatología más frecuente es distensión y dolor abdominal, náusea, vómito, desnutrición, disnea y/o esteatorrea.

El diagnóstico se realiza con estudio del líquido aspirado, linfangiografía bipedal y en ocasiones con laparotomía exploradora.

El tratamiento debe individualizarse y ajustarse a la severidad de la fuga linfática y sus consecuencias.

El tratamiento quirúrgico no siempre es exitoso, algunas fistulas cierran espontáneamente, la NPT es segura y efectiva y el octreótide es útil en el tratamiento conservador.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Browse NL, Wilson NM, Russo F, Al-Hassan H, Allen DR. Aetiology and treatment of chylous ascites. *Br J Surg* 1992; 79(11): 1145-1150.
2. Herz J, Shapiro SR, Honrad P, Palmer J. Chylous ascites following retroperitoneal lymphadenectomy. Report of 2 cases with guidelines for diagnosis and treatment. *Cancer* 1978; 42: 349-352.
3. Ablan CJ, Littooy FN, Freeark RJ. Postoperative chylous ascites: Diagnosis and treatment. A series report and literature review. *Arch Surg* 1990; 125: 270-273.
4. Widjaja A, Gratz KF, Ockenga J, Wagner S, Mann MP. Octreotide for therapy of chylous ascites in yellow nail syndrome. *Gastroenterology* 1999; 116(4): 1017-1018.
5. Bozzeti F, Arullani A, Baticci F, Terno G, Ammatuna M, Capello G. Management of lymphatic fistulas by total parenteral nutrition. *JPEN* 1982; 6(6): 526-527.
6. Press OW, Press NO, Kaufman SD. Evaluation and management of chylous ascites. *Ann Intern Med* 1982; 96: 358-364.
7. Provenza JM, Bacon BR. Chylous ascites due to sarcoidosis. *Am J Gastroenterol* 1991; 86(1): 92-95.
8. Rutherford RB. Lymphatic complications of vascular surgery. In: Rutherford RB editors. *Vascular Surgery*. Fifth edition. Philadelphia: Saunders 2000: 784-789.
9. Soetikno RM, Tantibhedhyangkul W, Binion D, Rouse R. Menetrier's Disease: Report of a transient case associated with chylous ascites. *Am J Gastroenterol* 1997; 92: 1364-1367.
10. Carones S, Caporossi M, Di Paola S, Pagano G, Di Domenica M, Persico SL. Postoperative chylous ascites: its etiology and treatment. *G Chir* 1996; 17: 586-588.

11. Leibovitch I, Mor Y, Golomb J, Ramon J. The diagnosis and management of postoperative chylous ascites. *J Urol* 2002; 167(1): 449-457.
12. Ulibarri JI, Sanz Y, Fuentes C, Mancha A, Aramendia M, Sanchez S. Reduction of lymphorrhagia from ruptured thoracic duct by somatostatin. *Lancet* 1990; 336: 258-261.
13. Collard JM, Laterre PF, Boemer F, Reynaert M, Ponlot R. Conservative treatment of postsurgical lymphatic leaks with somatostatin-14. *Chest* 2000; 117(3): 902-905.
14. Laterre PF, Dugernier T, Reynaert MS. Chylous ascites: diagnosis, causes and treatment. *Acta Gastroenterol Belg* 2000; 63(3): 260-263.
15. Ferrandiere M, Hazouard E, Guicheteau V. et al. Chylous ascites following radical nephrectomy: efficiency of octreotide as treatment of a ruptured thoracic duct. *Intensive Care Med* 2000; 26(4): 484-485.
16. Salami OO, Allen DB, Organ CH Jr. Chylous ascites: a collective review. *Surgery* 2000; 128(5): 761-778.

IX. ANEXOS

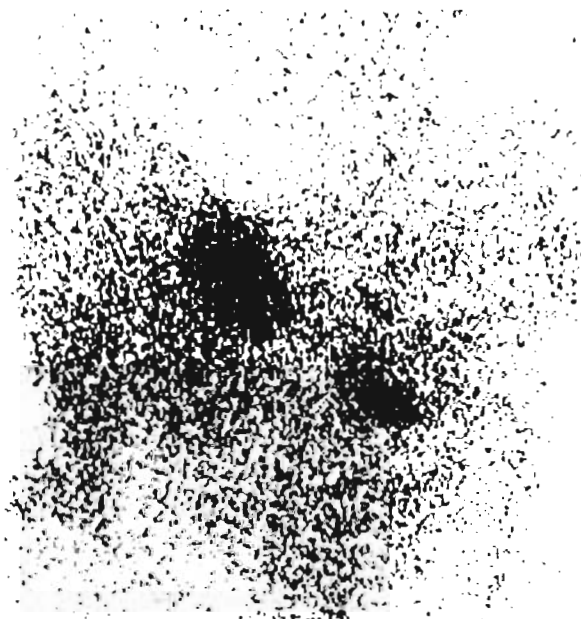


Figura 1. Linfangiograma donde se corrobora fuga de linfa.

	PRE-OPERATORIOS	POST-OPERATORIOS
HEMOGLOBINA	10.5 g/dl	9.8 g/dl
HEMATOCRITO	32.8 %	32.4 %
LEUCOCITOS	12.3 $10^3/\mu\text{l}$	15.6 $10^3/\mu\text{l}$
PLAQUETAS	323.0 $10^3/\mu\text{l}$	193.0 $10^3/\mu\text{l}$
GLUCOSA	143 mg/dL	165 mg/dL
UREA	49 mg/dL	68 mg/dL
CREATININA	1.5 mg/dL	2.3 mg/dL
SODIO	130 mEq/L	135 mEq/L
POTASIO	5.3 mEq/L	4.9 mEq/L
COLORO	99.7 mEq/L	108 mEq/L
TP	19"/12"	20"/12"
TPT	28"/30"	35"/30"
ALBUMINA	1.1 g/dL	1.2 g/dL

Cuadro 1. Resultados de laboratorio preoperatorios y postoperatorios.

ASPECTO	MUY TURBIO
COAGULABILIDAD	NEGATIVA
LEUCOCITOS	0
ERITROCITOS	70 mm ³ / Normales
GLUCOSA	168 mg / dl
PROTEINAS	770 mg / dl
COLORO	109.4 mEq / l
AMILASA	101 u / l
DHL	713 u / l
GRAM	NO SE OBSERVAN BACTERIAS
OBSERVACION	COLOR BLANQUECINO

Cuadro 2. Resultado del estudio citoquímico del líquido "lechoso".

HEMOGLOBINA	12.5 g/dL
HEMATOCRITO	33.2 %
LEUCOCITOS	6.9 $10^3/\mu\text{l}$
PLAQUETAS	158.0 $10^3/\mu\text{l}$
GLUCOSA	88 mg/dL
UREA	55 mg/dL
CREATININA	1.4 mg/dL
SODIO	135.5 mEq/L
POTASIO	4.5 mEq/L
COLORO	109 mEq/L
ALBUMINA	2.8 g/dL
DEPURACION DE CREATININA	49 mL/min.

Cuadro 3. Resultados de laboratorio al egreso.



FUNDADA EN 1933

CUERPO EDITORIAL

EDITOR

Acad. Dr. Alejandro Reyes Fuentes

EDITORES ASOCIADOS

Acad. Dr. Emilio García Procel
Acad. Dr. Francisco J. Ochoa Carrillo
MPH Sharon Morey

CONSEJO EDITORIAL

Presidente

Acad. Dra. Hilda Villegas Castrejón

Acad. Dr. Alfredo Iñárritu Cervantes
Acad. Dr. Francisco Tenorio González
Acad. Dr. Alfredo Vencesco Towar
Acad. Dr. José Adrián Rojas Dosal
Acad. Dr. Mauro Loyo Varela
Acad. Dr. Fernando Torres Valadez
Acad. Dr. César Athé Gutiérrez
Acad. Dr. Carlos Sánchez Basurto
Acad. Dr. Humberto Hurtado Andrade
Acad. Dr. Armando Vargas Domínguez

COMITÉ EDITORIAL

Acad. Dr. Joaquín S. Aldrete (EUA)
Acad. Dr. Denton A. Cooley (EUA)
Acad. Dr. Carlos Baza Herrera
Acad. Dr. Rafael de la Huerta Sánchez
Acad. Dr. Antonio de la Torre Bravo
Dr. Tom DeMeester (EUA)
Dr. Stanley Dudnick (EUA)
Acad. Dr. Guillermo Fajardo Ortiz
Acad. Dr. Guillermo Fanghanel Salmon
Acad. Dra. Raquel Gerson Cwillich
Acad. Dr. Samuel Gutiérrez Vogel
Acad. Dr. Luis Ize Lamache
Acad. Dr. Takao Kimura Fujikami
Acad. Dr. Francisco Navarro Reynoso
Acad. Dr. José F. Patiño Restrepo (Colombia)
Acad. Dr. Ector J. Ramirez Barba
Acad. Dr. Raúl Romero Torres (Perú)
Acad. Dr. Luis Hosiario Toledo Pireña (EUA)
Acad. Dr. Alejandro Treviño Becerra
Acad. Dra. Hilda Villegas Castrejón
Acad. Dr. Jorge Volpi Solís

ASISTENTE EDITORIAL

Gabriela Ramirez Parra

CORRECTOR DE ESTILO EN INGLÉS

Maria Susana Morey

SECRETARÍA

Fátima Martínez Almaguer

CIRUGÍA Y CIRUJANOS

Órgano de Difusión Científica de la
Academia Mexicana de Cirugía

México, D. F., a 17 de Enero de 2005.

DR. CRISTOBAL A. AGUILAR SIBILLA

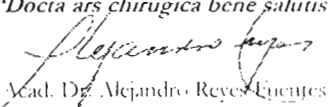
Distinguido Dr. Aguilar Sibilla:

Me permito dirigir a usted para informarle, que su manuscrito titulado "MANEJO CONSERVADOR DE FÍSTULA LINFÁTICA POSTQUIRÚRGICA", en donde aparece usted como Coautor, ha sido aceptado para su publicación en **CIRUGÍA Y CIRUJANOS**, como Caso clínico, en el Vol. 73 No. 4 (julio-agosto), 2005.

Agradeciendo su valiosa contribución y en espera de nuevas colaboraciones, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente,

"Docta ars chirurgica bene salutis"


Acad. Dr. Alejandro Reyes Fuentes

Editor

Bloque B, Tercer piso, Unidad de Congresos Centro Médico Nacional Siglo XXI
Av. Cuauhtémoc No. 330 Col. Doctores 06725 México D. F.
Tel. Y Fax 5761-2581, 5761-0574, 5588-0458
Commutador IMSS 5627-6900 Exts. 21266, 21267, 21268
Teléfono Directo 5761 0608
E-mail: [cirugiaycirujanos@prodigy.net.mx](mailto:cirurgiaycirujanos@prodigy.net.mx)
[cirugiaycirujanos@servimed.com.mx](mailto:cirurgiaycirujanos@servimed.com.mx)
www.amc.org.mx