



P-256 - QUILOPERITONEO EN EL CONTEXTO DEL PSEUDOQUISTE DE PÁNCREAS

S.C. Alonso García, B. Pérez Cabrera, A. Palomeque Jiménez, Á. Szuba, E. Brea Gómez y J.A. Jiménez Ríos

Hospital Universitario de San Cecilio de Granada.

Resumen

Objetivos: El quilooperitoneo se define como la presencia de linfa de origen torácico o intestinal en la cavidad abdominal. Se origina por obstrucción linfática con dilatación y extravasación de linfa, o por disrupción traumática de los vasos linfáticos. Existen pocos casos documentados de quilooperitoneo asociado a pseudoquiste de páncreas. En este trabajo se expone un caso de esta infrecuente patología.

Caso clínico: Varón de 39 años pancreatitis aguda grave (PAG) de origen biliar que requirió ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos durante un mes. Al alta hospitalaria el diagnóstico es PAG de origen biliar con pseudoquiste de 16 cm y ascitis pancreática. El paciente reingresa por cuadro de dolor y distensión abdominal, asociados a pérdida de peso. Analítica sin alteraciones. TAC abdominal: pseudoquiste de 16 × 7 × 13 cm, áreas hiperdensas en su interior que sugieren sangrado. Ascitis. Se interviene quirúrgicamente a las 6 semanas de la PAG, evidenciándose en el acto quirúrgico más de 3 litros de líquido lechoso procedentes de retroperitoneo y gran pseudoquiste pancreático sin estigmas de sangrado. Se realizaron quistoyeyunostomía en Y de Roux y colecistectomía, dejando un drenaje, sin observar lesión linfática. El 4º día postoperatorio, con el inicio de la alimentación oral, el drenaje viró de seroso a quiloso. Bioquímica con triglicéridos de 537 mg/dl. Cultivo negativo. Se instauró tratamiento con octreótido, espironolactona, dieta sin grasas y suplementos de triglicéridos de cadena media, proteínas y vitaminas. El débito del drenaje disminuyó hasta su retirada en el 12º día postoperatorio y alta al día siguiente.

Discusión: Los criterios diagnósticos del quilooperitoneo son la presencia de líquido de aspecto lechoso, el cultivo negativo y con un valor de triglicéridos superior a 120-200 mg/dl. El quilooperitoneo se debe a causas traumáticas normalmente; las no traumáticas son de origen neoplásico o cirrótico; los casos asociados a pseudoquistes de páncreas son muy escasos, con una incidencia desconocida; se cree que se producen por obstrucción de los linfáticos o por lesión directa de origen enzimático. La clínica consiste en dolor, aumento del perímetro abdominal y astenia tras un episodio de pancreatitis. Requiere un alto índice de sospecha y las pruebas de imagen no son útiles. La mayoría de casos se diagnostican “de visu”. El tratamiento consiste en soporte nutricional que, según la gravedad del cuadro, será con nutrición parenteral, enteral o dieta sin grasas y suplementos de cadena media, proteínas y vitaminas, así como análogos de la somatostatina y corrección del trastorno originario. Si el quilooperitoneo persiste, puede recurrirse a la linfogamagrafía para embolización o en última instancia, a la cirugía que va desde ligadura de los linfáticos a shunt peritoneovenoso. El quilooperitoneo asociado a pseudoquiste de páncreas es un cuadro infrecuente que se presenta de forma subaguda, tras un episodio de pancreatitis y cursa con astenia y aumento progresivo del perímetro abdominal. Su diagnóstico requiere la presencia de líquido estéril de aspecto lechoso y con niveles de triglicéridos > 120-200 mg/dl. El tratamiento casi siempre es conservador basado en el soporte nutricional y análogos de la somatostatina.