



P-679 - PERITONITIS AGUDA QUILOSA COMO COMPLICACIÓN DE PANCREATITIS AGUDA. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

González Sierra, Begoña¹; Arteaga Peralta, Vladimir¹; Valenzuela Torres, José del Carmen²; de la Plaza Llamas, Roberto¹; Manuel Vázquez, Alba¹; Latorre Fragua, Raquel Aranzazu¹; Ramiro Pérez, Carmen¹; Ramírez Ángel, José Manuel¹

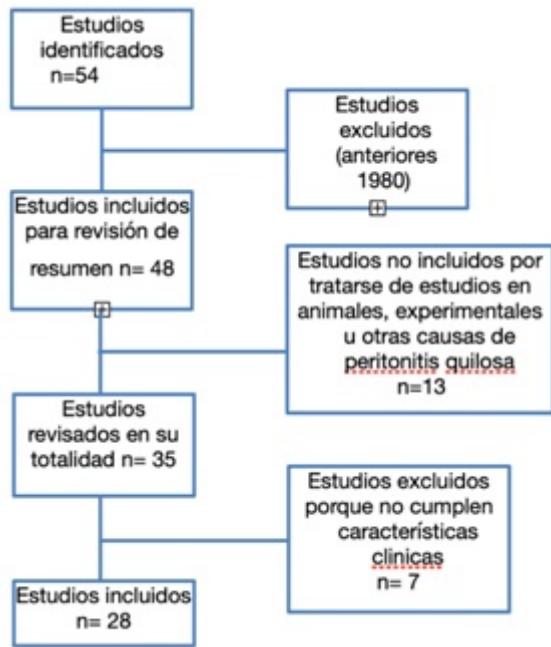
¹Hospital Universitario, Guadalajara; ²Hospital San Juan de la Cruz, Úbeda.

Resumen

Introducción: La ascitis quilosa es la presencia de linfa en la cavidad abdominal y una de las causas es una complicación de la pancreatitis aguda. Un brote repentino de quilo en la cavidad peritoneal puede producir peritonitis aguda quilosa (PAQ). Los casos descritos en la literatura de PAQ son excepcionales, por lo que la etiología, el manejo y los protocolos tienden a ser difíciles de establecer.

Métodos: Se ha realizado una búsqueda en Pubmed con los términos MESH ascitis quilosa y pancreatitis obteniendo un total de 54 artículos. Se descartaron artículos que no tuvieran relación con el tema en cuestión. Se seleccionaron 28 artículos que reportan casos de ascitis quilosa a consecuencia de pancreatitis y solo 2 de ellos se presentaron como PAQ.

Resultados: En total fueron 28 pacientes y en ambos sexos por igual. La mediana de edad en varones fue de 52 años (RI 36- 71,5), en las mujeres 41 años (RI 30,25- 61). La mayoría de los casos de ascitis como complicación de pancreatitis fueron diagnosticados como dolor de aparición aguda (50%), dolor subagudo (3,57%), dolor crónico (14,29%), un paciente presentó clínica de apendicitis aguda, otro de cirrosis hepática, otro presentó una trombosis portal y otra fue diagnosticada tras una colecistectomía, 2 pacientes presentaron abdomen agudo, uno de los casos en una embarazada. Las pruebas como la tomografía computarizada, linfangiografía y linfoescintigrafía tienen el mayor rendimiento de información diagnóstica, pero por lo general se reservan para situaciones que no son de emergencia, como en la ascitis quilosa. El tratamiento de la PAQ es quirúrgico. En los casos de abdomen agudo está indicada una laparotomía exploradora. El objetivo principal debe ser localizar la fuga de quilo; para este propósito durante el procedimiento, para obtener una exposición óptima, deben movilizarse el duodeno y la cabeza del páncreas (maniobra de Kocher) para exponer la raíz del mesenterio y el origen de los vasos mesentéricos superiores. La resolución de la patología se logra cuando se puede identificar y reparar la fuga de quilo. Los objetivos de la terapia no quirúrgica incluyen mantener o mejorar la nutrición y disminuir la tasa de formación de quilo, con nutrición parenteral o el análogo de la somatostatina, octreotide, en dosis de 100 a 200 µg cada 8 horas. En pacientes con una gran cantidad de ascitis, se puede realizar una paracentesis total para intentar aliviar las molestias. Si los pacientes no son candidatos a tratamiento quirúrgico o refractarios al tratamiento no quirúrgico, la derivación peritoneo-venosa puede ser una opción, pero con altas tasas de complicaciones.



Conclusiones: El PAQ es un evento excepcional y con una etiología difícil de establecer. El tratamiento definitivo es quirúrgico.