



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-059 - ASCITIS QUILOSA SECUNDARIA A HERNIA DE PETERSEN TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA

Fernández Rodríguez, Manuel; Iglesias García, Eva; Muñoz Rodríguez, Joaquín Manuel; Grillo Marín, Cristian; Suárez Sánchez, Miguel; Gil Cidoncha, Lucía; Martín Rodrigo, María del Pilar; Chaparro Cabezas, María Dolores

Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

Resumen

Introducción: La ascitis quillosa es una patología infrecuente con una incidencia inferior al 1%. En adultos las causas más frecuentes son cirrosis, procesos malignos asociados y lesión del conducto linfático durante un procedimiento quirúrgico. Presentamos el caso de un paciente con ascitis quillosa en contexto de una hernia de Petersen tras cirugía bariátrica.

Caso clínico: Varón de 23 años con antecedentes personales destacados de *bypass* gástrico hace 6 meses, con pérdida de 31 kg desde la cirugía. Acude a Urgencias por dolor abdominal mesogástrico de 24 horas de evolución de comienzo brusco, sin náuseas ni vómitos, con ritmo deposicional conservado. Analítica sin alteraciones significativas. Se realiza TC abdominal urgente que informa de “giro de vasos mesentéricos a nivel de mesogastrio, identificando asa distal dilatada paramedial derecha con contenido en miga de pan y líquido libre en pelvis. No es descartable volvulación/hernia interna a este nivel”. Se realiza una *laparoscopia exploradora urgente* identificando una herniación de asas de intestino delgado a través del espacio de Petersen, sin condicionar obstrucción intestinal ni signos de sufrimiento de asas. Llama la atención ascitis quillosa de predominio en hemiabdomen superior, así como infiltración quillosa del meso del asa alimentaria y asa común. Se envía a analizar el líquido ascítico con un resultado de triglicéridos de 4.050 mg/dl. Se cierra el orificio de Petersen con Stratafix®. El paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta al 2º día posoperatorio con recomendaciones dietéticas.



Discusión: La ascitis quilosa se define como la presencia de más de 200 mg/dl de triglicéridos en el líquido ascítico. El diagnóstico de quilooperitoneo tras intervención quirúrgica requiere un alto grado de sospecha, respaldado por el hallazgo de líquido libre en el TC abdominal. La prueba de imagen *gold* estándar es la linfogammagrafía, que permite estudiar la anatomía linfática y evidenciar el punto de fuga. El diagnóstico definitivo se obtiene mediante la paracentesis evacuadora; el quilo suele tener apariencia turbia, con una concentración de TG mayor de 200 mg/dl para la mayoría de autores, aunque algunos ponen el límite en 110 mg/dl. Para el manejo de la ascitis quilosa es fundamental la corrección de la causa subyacente siempre que sea posible. Se debe indicar una nutrición rica en proteínas, con alimentos bajos en grasas y con triglicéridos de cadena media. También se pueden administrar medicamentos que reducen la producción de linfa como el octreotido y la somatostatina. La cirugía en casos refractarios a las medidas previas. En pacientes intervenidos de *bypass* gástrico que presenten dolor abdominal, incluso con exploración física y analítica inespecífica, se debe pensar siempre en la posibilidad de hernia interna como causa del cuadro. Existen pocos casos en la literatura de ascitis quilosa secundaria a hernia de Petersen tras *bypass* gástrico, pero nuestro caso, tiene la particularidad de suceder tras una cirugía bariátrica.