



P-028 - ASCITIS QUILOSA SECUNDARIA A FUGA DE CANALÍCULO BILIAR

Cebolla, Laura¹; Gurpegui, David¹; Lasso, Jose María¹; Morales, Rafael²; Camblor, Miguel¹; Lozano, Pablo¹; Palencia, Natividad¹; González Bayón, Luis¹

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid; ²Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

Resumen

Introducción: La ascitis quilosa es una forma poco frecuente de ascitis que ocurre por fuga del líquido linfático a la cavidad abdominal. Lesiones tumorales, cirrosis, lesiones de conductos linfáticos posquirúrgico e infecciones representan las causas principales en el adulto.

Caso clínico: Mujer de 26 años con antecedentes de resección de quiste duodenal intestinal en 2018. En junio 2021 presenta distensión abdominal y molestias abdominales inespecíficas. Se realiza un TC abdominal en julio 2021 que muestra líquido libre intraperitoneal en moderada cantidad periesplénico, hepatorrenal y en mayor cuantía en pelvis menor. Acude a consultas derivada por ascitis idiopática refractaria de un año de evolución. Analíticamente, discreta elevación persistente de CA-125 con serologías negativas para VIH y hepatitis. Se realiza paracentesis diagnóstica, obteniendo líquido blanquecino (quiloso) cuyo análisis reveló 1.260 quilomicrones, TG 1456 y colesterol 98. Con estos hallazgos se establece el diagnóstico de ascitis quilosa. Se amplio estudio con test de quantiferón, microbiología e incluso test genético de enfermedades inflamatorias, con resultados negativo. Además, se solicita linfofotograma, sin objetivarse punto de fuga, aunque, podría estar justificado por débito de escasa cantidad. En seguimiento por nutrición, que indica dieta pobre en grasas, hiperproteica con suplementos de ácidos grasos de cadena media sin resultados, inicia tratamiento con orlistat sin mejoría clínica. Ante persistencia de líquido ascítico de moderada cantidad se plantea a la paciente posibilidad de laparoscopia exploradora. Durante la laparoscopia exploradora se obtienen 300 cc de líquidoquiloso. Sobre glisson, en borde anterior hepático, adyacente a adherencias de cirugía previa se visualiza canalículo por el que mana lentamente líquido quiloso. Exploración completa cavidad abdominal sin otros hallazgos. Posteriormente se liga canalículo con 3 clips. Se seccionan adherencias del estómago y colon a pared anterior. Se inyecta verde indocianina en ambas ingles y se visualiza cavidad abdominal con luz en el espectro infrarrojo. No se logra visualizar el canalículo hasta pasados varios minutos, una vez que todo el hígado se colorea en verde. Se objetivó entonces la boca del canalículo ligado verde con la luz infrarroja. El análisis anatomo-patológico del fragmento de canalículo remitido reveló peritoneo con algunos capilares y linfáticos dilatados, sin alteraciones histológicas. Posoperatorio sin incidencias, es dada de alta el 2º día posoperatorio. Durante el seguimiento a los 3 meses, presenta una mejoría clínica clara. En la ecografía a los 2 meses reducción del líquido libre perihepático, periesplénico con escasa cantidad en pelvis.

Discusión: No hemos encontrado ningún caso similar en la literatura. Este caso pone de relevancia la circulación linfática hepática. El verde de indocianina nos indicó que la linfa hepática está fuera del circuito linfático digestivo (cisterna quiliconducto torácico- vena subclavia) y que depende del sistema portal.