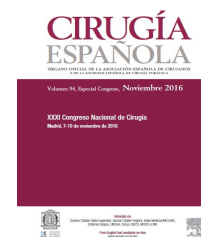




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-312 - ASCITIS QUILOSA TRAS RESECCIÓN ANTERIOR DE RECTO

Machuca Chiriboga, Pablo; Molina Barea, Rocío; Gutiérrez Sainz, Javier; Daban Collado, Enrique; Gómez Ortega, Antonio; Rueda López, Ana Isabel; Capitán, José María

Hospital Universitario Ciudad de Jaén, Jaén.

Resumen

Introducción: La ascitis quillosa (AQ) se define como el acumulo de líquido linfático en la cavidad abdominal. Se produce como consecuencia de la obstrucción linfática con dilatación y extravasación de la linfa o por disrupción traumática de los vasos linfáticos; el diagnóstico se sospecha por la presencia de un líquido de aspecto lechoso y se confirma con el análisis bioquímico que detecta más de 120 mg/dl de triglicéridos.

Caso clínico: Varón de 60 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, estenosis carotídea intervenido por neoplasia de sigma en otro centro realizando sigmoidectomía cuya anatomía patológica fue de adenocarcinoma bien diferenciado pT3pN0M0. En la tomografía a computarizada que evidencia un aumento de adenopatía portal y el resto de cavidad torácica y abdominal sin hallazgos. En el PEP-TAC se observa un aumento de la actividad metabólica a nivel de la anastomosis así como tres nódulos alineados en región presacra, el mayor de 1,3 cm y cuyo SUV es de 11,2 siendo el previo de 5,8. El caso es presentado en el comité de tumores colorrectal decidiendo resección de anastomosis dado que las colonoscopias previas fueron negativas. Es intervenido por recidiva de adenocarcinoma de sigma; en la que se realizó resección anterior con escisión total de mesorrecto y territorio ganglionar de la arteria mesentérica inferior. Los hallazgos encontrados fueron adherencias muy firmes a pared, epiplón y asas de intestino delgado así como recidiva postero-lateral adherida a fascia sacra posterior. Durante el postoperatorio debuto con fuga quillosa; se deja al paciente en dieta absoluta, se inicia nutrición parenteral total baja en lípidos y octeotride 0,1 mg sc cada 8h. Veinticuatro horas después de instaurar el tratamiento el débito vuelve a ser de aspecto seroso, tras una semana con el mismo se inicia tolerancia progresiva retirando el drenaje y procediendo al alta hospitalaria a los 13 días de la intervención.

Discusión: La fuga quillosa tras la cirugía colorrectal es muy rara. El sistema linfático transporta la linfa de todo el organismo. El 50-90% de todo el flujo linfático deriva del intestino e hígado y contiene toda la grasa absorbida en forma de quilomicrones, de forma que el flujo de la linfa varía dependiendo de la grasa ingerida. La incidencia real no está bien documentada dando cifras aproximadas de un caso por 20.000 ingresos en un hospital, la específica para cáncer colorrectal es muy baja y se basa fundamentalmente series de casos de diversos hospitales). Encontramos en la revisión bibliográfica una incidencia de ascitis quillosa de 1,0% después de 907 operaciones de cáncer colorrectal, con una mayor frecuencia en pacientes con tumores irrigados por el arteria mesentérica superior en comparación con la mesentérica inferior arteria así como aquellos en el que

se ha tenido que hacer una disección linfática amplia. Estudios predicen que el 75% de los casos se resolvieron con tratamiento conservador. Por último, la cirugía se recomienda en los casos refractarios a tratamiento conservador. Se puede realizar ligadura del conducto linfático lesionado o colocación de un shunt peritoneo venoso, este último indicado en pacientes con peor pronóstico.