



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-574 - ASCITIS QUILOSA POSTRAUMÁTICA

Domínguez Sánchez, Cristina; Tallón Aguilar, Luis; López Ruiz, José Antonio; Marenco de la Cuadra, Beatriz; Curado Soriano, Antonio; Sánchez Moreno, Laura; López Pérez, José

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

### Resumen

**Introducción:** La ascitis quilosa es una afección rara y poco reportada en la literatura, siendo de origen traumático no iatrogénico aún más excepcional. Su mecanismo de producción no se conoce con exactitud, aunque se ha atribuido a la hiperflexión o hiperextensión de la columna vertebral que conllevaría a una rotura de los conductos linfáticos. El objetivo de nuestro trabajo es presentar un caso de un quiloperitoneo postraumático en una paciente joven tras traumatismo toraco-abdominal cerrado.

**Caso clínico:** Presentamos un caso clínico. Se trata de una paciente de 40 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a Urgencias de nuestro hospital 72 horas después de un accidente de tráfico con motocicleta. Refiere dolor abdominal y costal de 24 horas de evolución que se acompaña de disminución de la diuresis y fiebre. A la exploración, presentaba un abdomen blando, doloroso a la palpación y con defensa generalizada. En la analítica solo destaca una leucocitosis con neutrofilia. Se realiza TAC toraco-abdominal objetivando abundante líquido libre intraperitoneal, sin demostrarse fuga de orina en los sistemas excretores, y moderado derrame pleural bilateral. Dadas las dudas diagnósticas (no parece un hemoperitoneo por la ausencia de caída de hemoglobina; no hay sospecha de perforación de víscera hueca puesto que no hay neumoperitoneo; no sospecha de urinoma dada la integridad del aparato urinario), se indica laparoscopia exploradora urgente. Como hallazgo se identifica dilatación de asas de delgado y líquido ascítico de aspecto quiloso en Douglas, subhepático y ambos parietocólicos. Ante el diagnóstico de quiloperitoneo se procede lavado de la cavidad y colocación de drenajes, tras la toma de muestras para bioquímica, microbiología y anatomía patológica. Evolución postoperatoria favorable con tratamiento conservador, sin incidencias destacables. La bioquímica del líquido peritoneal presentaba más de 1.150 mg/dL de triglicéridos (TG), compatible con lesión de los conductos linfáticos a nivel abdominal, probablemente la cisterna de Pecquet. Tras varios días de nutrición parenteral y ayunas, reinicia dieta con fórmula rica en TG de cadena media, sin reaparición de débito por el drenaje.

**Discusión:** Tras un traumatismo abdominal y ante una discordancia clínico-radiológica con presencia de líquido libre, ausencia de signos de sangrado y sin evidencias de perforación de víscera hueca, debemos incluir la ascitis quilosa dentro del abanico diagnóstico. El tratamiento conservador debe ser la primera opción terapéutica, sobre todo si el origen es traumático, reservándose otras posibilidades más agresivas para casos que no responden al mismo tras 15 días, si el débito es superior a 1,5 litros al día en pacientes adultos o en caso de complicaciones metabólicas. El abordaje laparoscópico está indicado para confirmar el diagnóstico y descartar otras lesiones asociadas que puedan requerir otros gestos quirúrgicos, tal y como realizamos en nuestro caso.