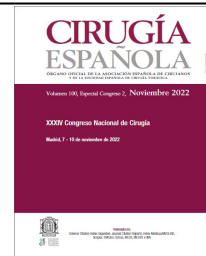




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-623 - ABDOMEN AGUDO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE ASCITIS QUILOSA

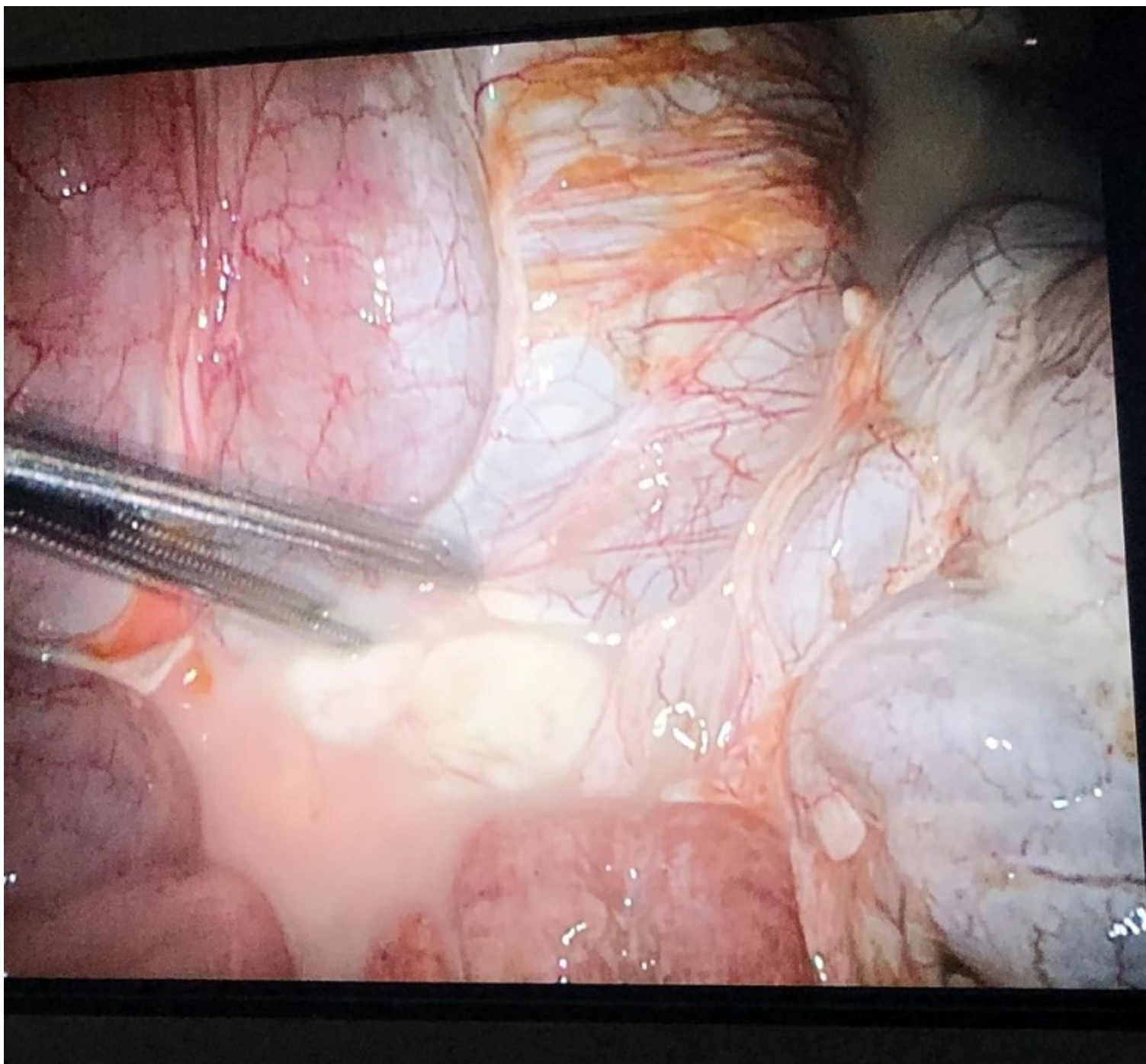
Mansilla Díaz, Sebastián; Robles Quesada, María Teresa; Ávila García, Natalia Soledad; Pico Sánchez, Leila; Blanco Elena, Juan Antonio

Hospital Infanta Margarita, Cabra.

Resumen

Introducción: La ascitis quillosa es la acumulación de líquido linfático en la cavidad abdominal. Es una entidad poco frecuente que puede tener un origen traumático o atraumático y cuyo manejo es controvertido.

Caso clínico: Mujer de origen colombiano de 25 años sin antecedentes. Acude por cuadro de 24 horas de dolor, distensión abdominal y oliguria sin fiebre asociada. En urgencias se constata hipotensión y taquicardia presentando un abdomen distendido con defensa generalizada. En analítica destaca mínima elevación de reactantes de fase aguda con fallo renal. En TAC de abdomen se aprecia derrame pleural bilateral y abundante líquido libre sin otros datos. Se decide laparoscopia exploradora objetivando abundante líquido lechoso distribuido ampliamente en los cuatro cuadrantes. Se explora toda la cavidad abdominal incluido útero y anejos sin hallazgos patológicos. Ante la sospecha de ascitis quillosa se decide toma de muestra del líquido para estudio, lavado y colocación de drenajes. El resultado del líquido ascítico muestra un nivel de triglicéridos > 200 mg/d, cultivo negativo y ausencia de células malignas confirmando la sospecha clínica de ascitis quillosa. Inicialmente fue tratada mediante nutrición parenteral (NPT) y octreótide con posterior dieta baja en grasas suplementada con triglicéridos de cadena media (TCM) con buena evolución siendo dada de alta al 8º día posoperatorio.



Discusión: La ascitis quillosa puede producirse por exudación desde los vasos linfáticos por hiperpresión como en la cirrosis con hipertensión portal, o disrupción producida por linfomas, traumatismos y cirugía entre las que destacan la linfadenectomía retroperitoneal, nefrectomía, DPC y cirugía de la aorta abdominal como causa quirúrgica más frecuente. En países en vía de desarrollo la filariasis y la tuberculosis peritoneal son causas comunes. Existen causas congénitas como la linfangiectasia intestinal y la linfangiomatosis entre otras. La forma de presentación es en forma de dolor y distensión abdominal progresiva pudiendo aparecer de forma brusca como en nuestro caso. El diagnóstico dependerá de la forma de presentación. El TAC es útil para constatar la ascitis, descartar otros procesos e identificar posibles causas. La linfogammagrafía y linfografía puede detectar anomalías retroperitoneales y fugas de linfa. El análisis del líquido peritoneal obtenido generalmente por paracentesis debe incluir un estudio citológico para descartar malignidad y microbiológico con cultivo, GRAM y ADA para descartar origen infeccioso. Se acepta el diagnóstico al obtener un líquido de aspecto lechoso con un nivel de triglicéridos > 200 mg/dL. El manejo es controvertido. Se han reportado tasas de éxito del tratamiento conservador de hasta el 67-100%. Debe utilizarse una dieta exenta en grasas pudiendo añadirse TCM. Existen alternativas como los suplementos de nutrición enteral con TCM. La NPT reduce el tiempo de resolución, no obstante, no existe consenso en cuanto a su uso sistemático de inicio. El empleo de análogos de la somatostatina en combinación con la nutrición enteral o parenteral ha

demostrado beneficio en el cierre de fistulas quilosas. Las alternativas al fracaso del tratamiento conservador incluyen la escleroterapia guiada por imagen, *shunt* peritoneo-venoso y en última instancia la cirugía con ligadura de los vasos causantes de la fuga.