



ASCITIS QUILOSA COMO COMPLICACIÓN DE UNA LINFADENECTOMÍA RETROPERITONEAL

Sr. Director: La ascitis quillosa es una acumulación de quilo en la cavidad peritoneal. Es una complicación postoperatoria rara de la cirugía retroperitoneal secundaria al establecimiento de una fístula linfoperitoneal, asociada a una lesión de los canales linfáticos retroperitoneales. Su diagnóstico se establece mediante paracentesis, con extracción de un líquido peritoneal denso, de aspecto lechoso, alcalino, con una concentración de triglicéridos mayor de 200 mg/dl y con proteínas superiores a 2,5 g/dl.

En la presente carta se describe un caso de ascitis quillosa postoperatoria tratada con éxito mediante la administración de un adhesivo de fibrina. Tras el diagnóstico de masa renal, un varón de 53 años fue sometido a nefrectomía radical izquierda a través de una lumbotomía. El informe histológico reveló un carcinoma renal de células claras estadio pT1b N0 M0¹.

En una tomografía axial computarizada abdominopélvica realizada al año se evidenció una adenopatía paraaórtica izquierda de 4 cm indicativa de recidiva. La exéresis tuvo lugar a través de una laparotomía media supraumbilical. En el postoperatorio inmediato, el paciente comenzó con sensación de distensión abdominal y disnea. Una ecografía abdominal evidenció líquido libre en la cavidad peritoneal (fig. 1). El análisis del líquido obtenido por paracentesis confirmó la presencia de proteínas (3,1 g/dl) y triglicéridos (348 mg/dl), así como una alta celularidad (1.550 células de predominio mononuclear).

Como primera medida, se inició tratamiento conservador con dieta pobre en grasas, triglicéridos de cadena media de absorción en los tramos superiores intestinales, paracentesis evacuadoras, corrección de las alteraciones hidroelectrolíticas y suplementos de vitamina D y proteínas. Pese a estas medidas la ascitis persistió. Al cabo de 2 semanas se inició nutrición parenteral total y perfusión de somatostatina con una dosis máxima de 6 mg/día. No obstante, debido a que el perímetro abdominal continuó incrementándose y al daño hepático asociado a la nutrición parenteral prolongada, se suspendió el tratamiento conservador a los 2 meses y se decidió tratamiento quirúrgico.

Antes de la intervención se realizó una linfografía bipedal que no mostró fuga del radioisótopo a la cavidad peritoneal. Ante este hecho, se realizó una laparotomía media y se exploró la encrucijada de la vena cava inferior, la aorta abdominal y la arteria mesentérica superior. A simple vista se apreció una salida difusa de líquido de aspecto lechoso a

Fig. 2. En el momento de la exploración quirúrgica se evidencia abundante líquido de aspecto lechoso intraabdominal.

la altura de la segunda vértebra lumbar, sin que fuera posible evidenciar los puntos de fuga. Por ello, se administraron 2 ml de adhesivo de fibrina (Tissucol®, Baxter, Madrid, España) en el lecho quirúrgico (fig. 2).

El paciente evolucionó favorablemente y al séptimo día postoperatorio inició dieta oral. Al año de seguimiento no ha presentado reacumulación de líquido ascítico, aunque se le ha tenido que reintervir por aparición de nueva recidiva tumoral, esta vez sin incidencias.

El tratamiento conservador de la ascitis quillosa consiste en medidas dietéticas, paracentesis periódicas, nutrición parenteral total o somatostatina². Debido, por un lado, a la evolución favorable de la mayoría de los casos y, por otro, a la dificultad de localizar el área de fuga, muchos cirujanos prefieren esta actitud conservadora. No obstante, en los casos de ascitis quillosa de causa benigna refractaria a tratamiento conservador, así como en los pacientes con ascitis quillosa posquirúrgica, secundaria a neoplasia o de causa congénita, está indicado el tratamiento quirúrgico³. En los pacientes con importante riesgo operatorio se pueden intentar derivaciones peritoneovenosas, aunque se pueden asociar a importantes complicaciones como sepsis, coagulación intravascular diseminada, obstrucción intestinal, embolia grasa u oclusión del *shunt*. En pacientes de riesgo moderado se trata de localizar la fístula, con el fin de suturarla, lo que da lugar a un cese inmediato del débito de ésta. Si no se puede identificar intraoperatoriamente, se puede realizar una sutura no selectiva de los tejidos retroaórticos o administrar adhesivos de fibrina con éxito^{4,5}.

La laparoscopia tiene una validez limitada en el momento actual y está reservada a fines diagnósticos de identificación de la causa o localización de la fuga. Sin embargo, su papel en un futuro está por determinar⁶.

D. SANTOS ARRONTES^a, A. PÁEZ BORDA^a, M.P. VALER LÓPEZ-FANDO^b, M. LUJÁN GALÁN^a, C. PASCUAL MATEO^a
Y A. BERENGUER SÁNCHEZ^a

^aDepartamento de Urología. Hospital Universitario de Getafe. Getafe. Madrid. España.

^bServicio de Gastroenterología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España.

Fig. 1. Ecografía postoperatoria que demuestra la presencia de líquido libre retroperitoneal en los espacios de Morrison y Douglas. Las áreas anecoicas corresponden a esta acumulación de líquido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sobin LH, Wittekind C. TNM classification of malignant tumours. Geneva: International Union Against Cancer, 2002.
2. Cárdenas A, Chopra S. Chylous ascites. Am J Gastroenterol 2002; 97:1896-900.
3. Aalami O, Allen D, Organ C. Chylous ascites: a collective review. Surgery 2000;128:761-78.
4. Leibovitch I, Mor Y, Golomb J, Ramon J. The diagnosis and management of postoperative chylous ascites. J Urol 2002;167:449-57.
5. Carones S, Caporossi M, Di Paola S, Pagano G, Di Domenica M, Persico Stella L. Postoperative chylous ascites: its etiology and treatment. G Chir 1996;17:586-8.
6. Mitsunaga T, Yoshida H, Iwai J, et al. Successful surgical treatment of two cases of congenital chylous ascites. J Pediatr Surg 2001;36:1717-9.