

PRESENTACIÓN DE CASO

Reporte de un paciente con quiloperitoneo postraumático no iatrogénico

Report of a Patient with Noniatrogenic Posttraumatic Chyloperitoneum

Joaquín Alejandro Solarana Ortiz ¹, José E. Placencia Gilart ², Mayra Vincenh Medina ³, Maritza Carralero Zaldívar ⁴, Yudelkis Zapata Batista ⁵

1. Especialista de Primer Grado en Cirugía General y Medicina General Integral. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.
2. Especialista de Segundo Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.
3. Especialista de Segundo Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.
4. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Policlínica Mario Gutiérrez Ardaya. Holguín. Cuba.
5. Doctor en Medicina. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.

RESUMEN

Se presentó un paciente masculino de 51 años, raza blanca y procedencia urbana que acudió al Cuerpo de Guardia de Cirugía con dolor abdominal de forma difusa, con 24 h de evolución, luego de trauma cerrado abdominal de cuatro días antes en periodo digestivo, de moderada intensidad y sin irradiación precisada, y que se aliviaba con ingestión de dipirona, una tableta cada ocho horas, acompañado de náuseas. Luego del exámen físico y los estudios de urgencia se diagnosticó quiloperitoneo postraumático no iatrogénico, corroborado por laparoscopia y confirmado con el análisis citológico del líquido libre en la cavidad abdominal,

por lo que se decidió su ingreso y aplicación de tratamiento conservador. Presentó evolución satisfactoria hasta su egreso.

Palabras clave: quiloperitoneo, iatrogénico, citológico, trauma.

ABSTRACT

A 51- year- old male patient, white race and urban origin that was assisted at Surgery Emergency Service, with abdominal pain, with 24 hours of evolution, after abdominal trauma (4 days before the patient came to this service in digestive period), of moderate intensity without specific irradiation that was treated with analgesic. After the physical examination and the emergency labs test, noniatrogenic posttraumatic chylousperitoneum was diagnosed and this corroborated by laparoscopy that confirmed with the cytological exam of the free liquid in the abdominal cavity. The patient was admitted and conservative treatment was given with satisfactory results.

Keywords: chylousperitoneum, iatrogenic, cytology, trauma.

INTRODUCCIÓN

El quiloperitoneo o ascitis quilosa es la presencia anormal de quilo en la cavidad abdominal, por la disrupción u obstrucción de la circulación linfática a nivel torácico o abdominal, es una enfermedad rara y poco frecuente en la literatura ¹ que, en personas mayores, suele asociarse con la existencia de cánceres como linfomas y carcinomas abdominales, así como, cirrosis hepática y cirugía retroperitoneal, mientras que, en niños se vincula a menudo con otras causas desconocidas o anomalías congénitas del sistema linfático.

Otras causas de ascitis quilosa son excepcionales, pancreatitis aguda, tuberculosis y los traumatismos no iatrogénicos; el origen traumático no iatrogénico de la ascitis quilosa es excepcional, la causa de dicha relación no se conoce con exactitud, se ha atribuido a hiperflexión extensión de la columna vertebral con rotura de los linfáticos ².

Aristóteles fue el primero en mencionar el sistema linfático, pero, el verdadero descubridor de la circulación linfática fue Gaspare Asellio de Cremona; mientras realizaba una autopsia

en 1622 en un perro. Jean Pecquet, en 1647, descubrió el conducto torácico y su desembocadura en la vena subclavia y se acuñó el término cisterna de Pecquet.

Rudbeck, cuatro años más tarde, aclaró el curso de los vasos linfáticos intestinales, la existencia de válvulas en el sistema linfático la descubrieron Swammerdam y Ruysch, en 1664. La ascitis quilosa la describió Morton en 1691, luego de practicar una paracentesis en un paciente de sexo masculino de 18 meses, con tuberculosis diseminada. Virchow describió un caso de ascitis quilosa en un recién nacido con trombosis de la vena subclavia; en el siglo XVII se reconoció el trauma como la principal causa de ascitis quilosa ³.

PRESENTACIÓN DE CASO

Se presentó un paciente masculino de 51 años, raza blanca y procedencia urbana que acudió al Cuerpo de Guardia de Cirugía a causa de dolor abdominal de forma difusa, con 24 h de evolución, luego de trauma cerrado abdominal de cuatro días antes en periodo digestivo, de moderada intensidad y sin irradiación precisada, que se aliviaba con dipirona cada 8 horas, acompañado de náuseas. Luego del examen físico y los estudios de urgencia se realizó el diagnóstico de quilooperitoneo postraumático no iatrogénico, que fue corroborado por laparoscopia y confirmado con el análisis citológico del líquido libre en la cavidad abdominal, por lo que se decidió su ingreso y aplicación de tratamiento conservador. Presentó evolución satisfactoria hasta su egreso.

Antecedentes patológicos personales: dislipidemia

Antecedentes patológicos familiares: no refiere

Datos positivos al examen físico: abdomen ligeramente distendido, doloroso a la palpación profunda de forma difusa, percusión dolorosa y ruidos hidroaéreos disminuidos.

Estudios complementarios

- Hemoglobina: 114 g/l
- Creatinina: 92 umol/l
- Grupo: A positivo
- Triglicéridos: 3 mmol/l
- Coagulograma: normal
- Colesterol: 7 mmol/l

- Glicemia: 5,2 mmol/l
- Ultrasonido abdominal con punción: moderada cantidad de líquido libre en cavidad abdominal (fig. 1), ligeramente denso de aspecto y de aspecto lechoso.
- Radiografía de tórax: sin lesiones pleuropulmonares (fig. 2).



Fig. 1. Ultrasonido abdominal donde se apreció líquido denso libre en fosa ilíaca derecha



Fig. 2. Tórax sin lesiones pleuropulmonares

- Laparoscopia (estudio 100-650-94): moderada cantidad de líquido de aspecto lactescente (lechoso) hacia ambos hipocondrios y cavidad pélvica. Se apreció un abombamiento en el espacio parietocólico derecho desde ambos hipocondrios hasta ambas fosas ilíacas.
- Estudio citológico del líquido peritoneal: la muestra enviada se correspondió con quilo rico en triglicéridos y proteínas.
- Se diagnosticó quiloperitoneo por las características del líquido lactescente encontrado en la laparoscopia libre en cavidad abdominal rico en grasas y proteínas, que se corroboró con los estudios de laboratorio.

DISCUSIÓN

El cuadro clínico de un quiloperitoneo se caracteriza por una presentación aguda donde los pacientes refieren dolor abdominal súbito, con distensión, malestar general y vómitos; puede manifestarse como abdomen agudo en 15% de casos; requiere laparotomía urgente ⁴. Durante el postoperatorio se puede presentar por drenaje de quilo por drenes, en la mayoría de casos de presentación es aguda, el diagnóstico se realiza mediante laparotomía.

En la presentación crónica los pacientes refieren sensación de malestar abdominal, con distensión progresiva, acompañada de pérdida de peso por desnutrición e hipoproteïnemia; debido a la acumulación masiva de quilo, los pacientes acuden a la consulta por disnea, secundaria a la disminución de la excursión diafragmática que causa la acumulación de quilo en la cavidad abdominal ⁵.

Los mecanismos fisiopatológicos en la producción de un ascitis quilosa se desencadenan en primer lugar como resultado de la fibrosis linfática primaria, determinada por la obstrucción maligna de los conductos linfáticos o de la cisterna del quilo, que genera dilatación subserosa de los linfáticos y posterior extravasación a la cavidad peritoneal, en segundo lugar por la exudación de linfa a través de las paredes megalinfáticas retroperitoneales, que forma una fístula hacia la cavidad peritoneal (linfangiectasia congénita) y en tercer lugar por la dilatación retroperitoneal de vasos megalinfáticos, debida a la obstrucción del conducto torácico o de la cisterna del quilo; este fenómeno se puede observar en casos de pericarditis constrictiva o falla cardiaca.

Las causas que la producen pueden ser congénitas, postraumáticas, inflamatorias, tumorales e infecciosas, entre otras ⁶. La evolución clínica con tratamiento conservador de drenaje es apropiada, éste debe ser el tratamiento inicial de elección, y dejar otros tratamientos más agresivos como la laparotomía, la identificación del conducto, y su ligadura, para cuando falla el tratamiento conservador, el síndrome de ascitis quilosa agudo suele presentar un buen pronóstico, con una mortalidad menor del 4% ⁷.

El quiloperitoneo es raro y escaso en la literatura, el diagnóstico es difícil y generalmente se realiza mediante laparotomía, y es un padecimiento que pocos cirujanos conocen; es tan importante su diagnóstico y tratamiento adecuados como el seguimiento médico.

El paciente se trató con reposo, hidratación, analgesia y seguimiento diario con ultrasonido abdominal, y presentó evolución satisfactoria hasta su alta, no fue necesario el uso de la nutrición parenteral ni de somatostatina (fig. 3).



Fig. 3. Paciente con evolución satisfactoria al alta

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almakdisi T, Massoud S, Makdisi G. Lymphomas and chylous ascites: review of the literature. *Oncologist*.2005; 10: 632-5.
2. Al-Ghamdi MY, Bedi A, Reddy SB, Tanton RT, Peltekian KM. Chylous ascites secondary to pancreatitis: management of an uncommon entity using parenteral nutrition and octreotide. *Dig Dis Sci*. 2007; 52: 2261-4.
3. Smith EK, Ek E, Croagh D, Spain LA, Farrell S. Acute chylous ascites mimicking acute appendicitis in a patient with pancreatitis. *World J Gastroenterol*.2009; 15: 4849-52.
4. Vettoretto N, Odeh M, Romessis M, Pettinato G, Taglietti L, Giovanetti M. Acute abdomen from chylous peritonitis: a surgical diagnosis. Case report and literature review. *Eur Surg Res*.2008; 41: 54-7.
5. Khan FY, Matar I. Chylous ascites secondary to hyperlipidemic pancreatitis with normal serum amylase and lipase. *World J Gastroenterol*. 2007; 13: 480-2.
6. Georgiou GK. Acute chylous peritonitis due to acute pancreatitis. *World J Gastroenterol*. 2012;18(16):1987-990.

7. Hernández Santos JC. Ascitis quilosa secundaria a pericarditis constrictiva crónica idiopática. Med Int Mex. 2011; 27(4):393-8.

Recibido: 14 de diciembre de 2012

Aprobado: 25 de febrero de 2013

Dr. *Joaquín Alejandro Solarana Ortiz*. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.

Correo electrónico: yasminrp@hvil.hlg.sld.cu