



V-093 - ASCITIS QUILOSA REFRACTARIA TRAS COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

I. Otegi, C. Chaveli, M. de Miguel, T. Abadia, M. Aizcorbe y F. Cobo

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Resumen

Introducción: La ascitis quillosa tras la cirugía abdominal es extremadamente rara e infrecuente y fundamentalmente está descrita en los procedimientos que incluyen linfadenectomías amplias. Presentamos un caso de ascitis quillosa persistente tras una colecistectomía laparoscópica que precisó varias opciones de tratamiento para su control y resolución.

Caso clínico: Varón de 61 años, obeso (IMC: 38), fumador de 30 cigarrillos al día y bebedor habitual de 80 gramos al día de alcohol, diagnosticado de coledocistitis y posible esteatosis hepática por ecografía, varios episodios de cólicos biliares que ingresa en nuestro servicio para colecistectomía programada. No presenta datos analíticos de colestasis ni ha presentado pancreatitis, ictericia ni coledocolitiasis. La colecistectomía programada transcurre sin incidencias apreciando un hígado de aspecto micronodular. Postoperatorio sin incidencias y alta a las 24 horas. Transcurridos diez días de la intervención el paciente acude a Urgencias por distensión abdominal y dolor en hipocondrio derecho, sin clínica de obstrucción intestinal, fiebre ni signos de irritación peritoneal en la exploración física. La ecografía y TC abdominal evidencia abundante cantidad de líquido libre intraabdominal sin colecciones ni otros hallazgos. Con la sospecha diagnóstica inicial de ascitis secundaria a descompensación de hepatopatía crónica se realiza paracentesis evacuadora con abundante débito de líquido de aspecto lechoso (4.800 cc). El análisis bioquímico demuestra unos valores de triglicéridos de 921 mg/dL y de amilasa de 24 U/L (no se observan quilomicrones), siendo compatible con ascitis quillosa. De acuerdo con el S^o de Dietética y Nutrición se inicia dieta oral alipídica pero dado que se mantienen débitos muy altos a través del drenaje colocado es necesario cambiar a nutrición parenteral total. La evolución es ligeramente satisfactoria con disminución del débito y de los valores de TG en el líquido por lo que se reintroduce dieta enteral peptídica, volviendo a aumentar la ascitis. Tras ocho semanas de tratamiento médico, sin resolución, se le realiza linfogangliografía con sulfuro de renio coloidal-99mTc que muestra acúmulos anormales de radiactividad en flancos abdominales y tras la ingesta de comida se observan focos de hiperfijación en región medial abdominal infrahepática y paso de actividad al intestino todo ello compatible con ascitis y fístula quillosas. En este momento se opta por la intervención quirúrgica planteándose un abordaje laparoscópico. Se encuentra ascitis de aspecto lechoso (5 litros), se toman varias biopsias hepáticas con Tru-cut y en la fosa vesicular se aprecia la boca de un vaso linfático a través del cual sale linfa. Se procede a su sutura laparoscópica del vaso linfático, sin incidencias, se coloca un drenaje abdominal y se cubre la superficie del lecho con Bio-Glue. El resultado de la biopsia hepática fue de cirrosis macro-micronodular. En el postoperatorio inmediato se evidencia nueva salida por el

drenaje ambiente de un líquido claro no quiloso pero con valores elevados de TG (en torno a 120 mg/dL) por lo que se reinstaura la nutrición parenteral total y se plantea la realización de un shunt portosistémico intrahepático transyugular (TIPSS) que finalmente consiguió la resolución de la ascitis.