



O-080 - ASCITIS QUILOSA EN EL POSTOPERATORIO DE GASTRECTOMÍA RADICAL

R. de la Plaza Llamas, J.M. Ramia Ángel, V. Álvarez de Frutos, C. Ramiro Pérez, F. Adel Abdulla, A.W. Kühnhardt Barrantes, J.C. Valenzuela Torres y J. García-Parreño Jofré

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

Resumen

Objetivos: La ascitis quillosa (AQ) es la presencia de linfa de aspecto lechoso en la cavidad peritoneal. La incidencia y tratamiento en el postoperatorio de gastrectomías radicales no están determinados. Presentamos tres pacientes que desarrollaron una AQ en el postoperatorio de gastrectomía radical por adenocarcinoma gástrico y el tratamiento empleado con resultados satisfactorios. Analizamos los casos publicados en la literatura de AQ en el postoperatorio de gastrectomía por cáncer gástrico, su incidencia y tratamiento. Realizamos una búsqueda en PubMed hasta febrero de 2014 en todos los idiomas con las palabras claves: chylous ascites, chylous fístula, chylorrhoea, chyle leakage, chyloperitoneum, chylous fístula, lymphorrhea, gastrectomy, gastric cancer. Se analizaron aquellos artículos y sus referencias que pudieran incluir casos.

Métodos: Realizamos el siguiente manejo con los tres pacientes: Análisis bioquímico, celular y microbiológico (incluida tinción de Gram) de la ascitis para confirmar la AQ y descartar infección. Retirada inmediata del drenaje. Peso y medida de cintura diaria, para descartar acúmulo de AQ. Dieta exenta de grasas y aceite de MCT 10 ml/8 horas durante al menos 15 días. Octreotide 100 µg subcutáneo/8 horas durante 10, 8 y 7 días, respectivamente. Complejo proteínico oral. Caso 1: comunicado en el XXVIII Congreso Nacional de Cirugía (2010): Mujer de 71 años, sometida a gastrectomía subtotal con montaje gastroyeyunal en Y de Roux y linfadenectomía D1+: pT2N0 (0/32). En el 12 día postoperatorio presenta AQ: triglicéridos 256 mg/dl, leucocitos 2.330/mm³ (4% polimorfonucleares, 96% monocitos), Gram y cultivo negativo. Triglicéridos en suero 66mg/dl. Alta hospitalaria el día 24 postoperatorio y el 12 día después de diagnosticar la AQ. Caso 2: mujer de 80 años sometida a gastrectomía subtotal con montaje gastroyeyunal en Y de Roux y linfadenectomía D2: pT3N3a (7/40). El 7º día postoperatorio presenta AQ: triglicéridos 291mg/dl, leucocitos 5730/mm³ (15% polimorfonucleares, 85% monocitos), Gram y cultivo negativo. Triglicéridos en suero 155mg/dl. Alta hospitalaria al 16 día postoperatorio y el 9 día después de diagnosticar la AQ. Caso 3: mujer de 75 años sometida a gastrectomía subtotal con montaje gastroyeyunal en Y de Roux y linfadenectomía D2:ypT3N0 (18). El 9º día postoperatorio presenta AQ: triglicéridos 130 mg/dl, leucocitos 670/mm³ (72% polimorfonucleares, 28% monocitos), Gram y cultivo negativo. Triglicéridos en suero 103 mg/dl. Alta hospitalaria al 13º día postoperatorio el 4º día después de diagnosticar la AQ. En los tres pacientes no se produjeron variaciones significativas en el perímetro abdominal y peso.

Resultados: La incidencia de CA en el postoperatorio de gastrectomía es de 2,3% -148/6.434-

(rango 0-11,4%). El tratamiento empleado en 82 casos publicados: mantenimiento del drenaje (79), ayuno (77), nutrición parenteral (73), y somatostatina/octreotide (23). Los mejores resultados fueron con nutrición parenteral + octreotide. El mantenimiento del drenaje puede producir serias consecuencias nutricionales e inmunológicas, incluso la infección y fallecimiento. La combinación de retirada del drenaje + nutrición oral exenta de grasas + octreotide, no ha sido publicada previamente.

Conclusiones: La nutrición parenteral y el mantenimiento del drenaje con un tiempo de curación largo ha sido la norma de tratamiento. La retirada del drenaje + nutrición oral exenta de grasas + octreotide, empleada en nuestros pacientes probablemente sea la terapia eficaz más segura.