



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-312 - COLOCACIÓN LAPAROSCÓPICA DE DRENAJE ASPIRATIVOS. UNA OPCIÓN ANTE ASCITIS QUILOSA CON DÉBITOS ALTOS PARA EVITAR PARACENTESIS DE REPETICIÓN

del Valle Ruiz, Sergio Rodrigo; López Rodríguez Arias, Francisco; Alonso Roque, Jorge; Martín Pérez, José Luis; Sánchez de la Villa, Ginés

Hospital Dr. Rafael Méndez, Lorca.

Resumen

Introducción: La ascitis quilosa es una complicación quirúrgica infrecuente. Presentamos un caso de una ascitis quilosa masivo y mantenida tras biopsia electiva de adenopatía ilíaca con colocación de drenajes aspirativos como método preventivo de paracentesis de repetición.

Caso clínico: Mujer de 32 años, diagnosticada a los 21 años de una inmunodeficiencia variable común seguida. Presenta también cuadros de infecciones respiratorias de repetición por *Haemophilus influenzae* por lo que se solicitó un *Total body TC* que informaba de “Múltiples adenopatías significativas mediastínicas y peritoneales”. Se asoció un PET-TC: “Estudio sugestivo de tejido tumoral viable a nivel de nódulos pulmonares, en las adenopatías y conglomerado adenopatía supra en infradiaphragmático (...)”. El conglomerado más llamativo y captante estaba en vasos ilíacos derechos. Se nos solicita una biopsia laparoscópica. Se intervino y se realizó biopsia escisional con electrobisturí de adenopatía a nivel de cadena ilíaca derecha y apendicetomía profiláctica. La biopsia intraoperatoria fue: “Adenopatía con granulomas”. AP definitiva: Hiperplasia linfoide atípica con reacción granulomatosa epitelioides no necrotizante. Apéndice sin alteraciones”. La paciente causó alta al 4º día sin complicaciones. Acudió a urgencias al 7º día postoperatorio (PO) refiriendo distensión abdominal progresiva, disnea y diarrea. Se solicita ecografía que informa de importante ascitis, se realiza paracentesis (2.250 cc de aspecto quiloso) e ingresa en medicina interna. Al día siguiente, se realiza TC abdominal que informa de importante ascitis y se nos consulta para descartar patología quirúrgica asociada. Discutiendo el caso con hematología nos comentan que el drenaje linfático ascendente va a estar dificultado por las adenopatías granulomatosas, que enlentecerán el cierre de la fuga por lo requerirá múltiples paracentesis. En ese momento decidimos hacer una laparoscopia para revisión y colocación de drenajes. Se reinterviene al 9º día de la 1ª cirugía aspirando 4 litros de ascitis quilosa. No se ve claro punto de fuga y se deja Tissucol® en la zona de la cirugía previa así como dos drenajes aspirativos en ambas gotieras paracólicas dirigidos hacia pelvis. La paciente pasa a planta con débitos por drenaje derecho alrededor de 400 cc/día que se retira al 9º día PO. El drenaje izquierdo mantiene débitos entre 1.800 y 2.400 cc/día hasta el 11º día PO, cuando empieza una disminución progresiva y lenta hasta estabilizarse alrededor de los 300-400 cc a los 30 días PO momento en que se retira. Comienza con nutrición parenteral en el PO, se asocia la dieta hiperproteica, exenta en grasas a partir del 14º PO. Los ácidos grasos de cadena media se introducen al mismo tiempo que se retira en el 20º día PO. La paciente es alta hospitalaria

al 30º día PO y alta definitiva por los nutricionistas al 68º día PO.

Discusión: La ascitis quilosa postquirúrgica suele darse en cirugías que asocien linfadenectomías retroperitoneales, en aneurismas aórticos, etc. La ascitis tras “biopsias laparoscópicas simples e inofensivas” de adenopatías debe hacernos pensar en esta complicación. El uso/recolocación de drenajes aspirativos en pacientes con ascitis quilosa puede ser un método alternativo a las paracentesis repetidas mientras se cierra la fuga quilosa.