



P-032 - ASCITIS QUILOSA Y QUILOTÓRAX. UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE DEL BYPASS GÁSTRICO

Domínguez-Adame Lanuza, Eduardo; Pérez Huertas, M. del Rosario; Gamero, Jean Carlo; Piñán Díez, Julia; Cano Matías, Auxiliadora; Oliva Mompean, Fernando

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Objetivos: El drenaje linfático lumbar, intestinal y hepático, así como de los últimos espacios intercostales, confluye en la cisterna de Pecquet. Esta se encuentra ubicada a la altura del nacimiento de la aorta abdominal, por delante de la segunda vértebra dorsal, y conforma el conducto torácico que drenará en la confluencia de la vena yugular interna y la subclavia izquierda. Las lesiones de estas estructuras son complicaciones poco frecuentes, con escasas referencias bibliográficas. Se relacionan con la manipulación quirúrgica del pilar derecho, en la cirugía de la unión esófago-gástrica, y en técnicas retroperitoneales, como las pancreatectomías o las linfoadenectomías para-aórticas. Presentamos el caso de una lesión de la cisterna de Pecquet tras un bypass gástrico laparoscópico (BPGL).

Métodos: Paciente mujer de 34 años de edad, sin antecedentes personales de interés, intervenida en otro centro en junio de 2014 por una obesidad grado III (IMC 47), realizándose un BPGL. Evoluciona inicialmente de forma favorable, con una adecuada pérdida de peso. Al tercer mes postoperatorio, en una revisión ecográfica ginecológica, se evidencia líquido libre abdominal y pélvico. Al sexto mes comienza con disnea progresiva y se diagnostica mediante TAC toraco-abdominal de un derrame pleural derecho y ascitis. Se realiza toracocentesis diagnóstica evidenciándose clínica y analíticamente un quilotórax. Se inicia tratamiento médico conservador, mediante dieta baja en grasas y octeótride, con buena respuesta inicial. Posteriormente reaparece el cuadro de disnea, precisando ingreso hospitalario, en nuestro centro, para nutrición parenteral total y colocación de drenaje torácico. Ante la persistencia de la ascitis y del derrame pleural se decide intervención quirúrgica reglada. Se realiza laparotomía media, evacuando 14 litros de ascitis quilosa. Se extirpa remanente gástrico, por sospecha de fístula gastro-gástrica, y se disecan los pilares diafragmáticos, evidenciándose una gran dilatación sacular de la cisterna de Pecquet entre la aorta y la cava abdominal. Se reseca dicha dilatación entre ligaduras. Se procede a toracotomía derecha en 6^o-7^o espacio intercostal, con apertura de pleura mediastínica y disección de esófago distal, comprobando la ausencia de lesiones en el conducto torácico.

Resultados: La paciente cursa el postoperatorio inmediato en Unidad de Cuidados Críticos durante 5 días y marcha de alta tras 15 días de estancia hospitalaria, con buena evolución, tolerando dieta normal baja en grasas y sin complicaciones. Actualmente, a los tres meses de la cirugía, se mantiene asintomática, pendiente de pruebas de imagen.

Conclusiones: La lesión del conducto torácico es una complicación poco frecuente tras un BPG. Hemos encontrado descritos en la literatura dos casos. Ambos han debutado con un cuadro de obstrucción intestinal por hernia interna y la ascitis quilosa ha sido un hallazgo casual. Si se diagnostica de forma precoz, el manejo médico de este tipo de complicaciones suele ser suficiente. Ya sea con dieta pobre en grasa, con triglicéridos de cadena media, o con nutrición parenteral total y análogos de la somatostatina, el cuadro suele remitir. El tratamiento quirúrgico se reserva para aquellos casos en los cuales estas medidas fracasan.