



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-046 - SHUNT PERITONEO-SAFENO COMO TRATAMIENTO DE LA ASCITIS QUILOSA REFRACTARIA

Trinidad Gutiérrez, Irene¹; Ciria Bru, Rubén¹; Moya, Javier¹; Naranjo Torres, Álvaro¹; López Cillero, Pedro¹; Bonilla, Ramón²; Herrera, Bernardo²; Briceño Delgado, Javier¹

¹Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba; ²Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: El objetivo de este vídeo es mostrar una técnica quirúrgica excepcional de la que apenas hay reportes en la literatura, se presenta el *shunt* peritoneo-safeno como una opción de tratamiento en ascitis refractarias. En este caso fue para la resolución de ascitis quilosa persistente.

Caso clínico: Paciente varón de 31 años, con IMC = 36, fumador y con síndrome de apnea del sueño, que presenta carcinoma testicular de células germinales (pT2 N3 M1a), por el que precisa orquiectomía inguinal derecha. Tras 3 ciclos de BEP, en seguimiento oncológico se diagnostica una masa retroperitoneal con elevación de AFP por lo que se realiza linfadenectomía retroperitoneal extensa. En el posoperatorio inmediato, el paciente debuta con ascitis quilosa persistente y refractaria a tratamiento (dieta baja en sal, aceite MCT, diuréticos a dosis plenas, nutrición parenteral total durante varias semanas y somatostatina/octreótido). Se colocó drenaje externo permanente por parte de Radiología Intervencionista obteniéndose un débito diario de 2 litros de ascitis quilosa franca. Tras realización de linfogramagrafía se objetiva disrupción completa de cisterna de Pecquet (área receptora de la linfa proveniente del tronco intestinal y los troncos lumbares que se continua en el conducto torácico). Se decide realización de embolización linfática sin resultados. Tras ingreso prolongado de 2 meses de duración, el enfermo es derivado a nuestro centro para valoración de opciones técnicas. Técnica quirúrgica y resultados: Tras valoración de patencia bilateral sin reflujo de venas safenas bilaterales en cayado con doppler, el paciente es sometido a cirugía, realizándose shunt peritoneo-safeno. Se realizó desconexión completa de la vena safena interna hasta su entrada en el cayado. Tras ello, se realizó abordaje mediante laparotomía transversa hasta alcanzar peritoneo disecando musculatura de los oblicuos. Mediante tunelización subcutánea, se colocó la vena safena en posición preperitoneal y se realizó anastomosis latero-terminal oblicua mediante sutura continua de Prolene 6/0. El paciente presentó escasa mejoría del perímetro abdominal, precisando al cuarto día paracentesis abdominal (unos 2 litros). Desafortunadamente, el paciente presentó obstrucción del shunt peritoneo-venoso por trombosis, motivo por el que precisa reintervención al sexto día posoperatorio. Se realizó extracción de trombo mediante venotomía y se colocó un drenaje Blake tutorizando el shunt hasta la entrada en el cayado de la safena por un extremo y dejando el otro extremo dentro de cavidad para guiar el drenaje de la ascitis hacia el sistema venoso. Desde entonces el paciente presentó mejoría del perímetro abdominal y alta al séptimo día posoperatorio tras la segunda cirugía. Se retiró el catéter de drenaje permanente en el trigésimo tercer día posoperatorio, encontrándose actualmente asintomático sin

recurrencia de la ascitis con normalización de peso y perímetros abdominales.

Discusión: El *shunt* peritoneo-safeno es una técnica poco conocida y practicada en el tratamiento de la ascitis. Parece peligrosa pues pudiera generar hemoperitoneo por flujo retrógrado y trombosis grave del sistema venoso. No obstante, es una técnica factible en centros especializados con resultados aceptables para casos que no responden al resto de técnicas del armamentario.