



P-351 - ASCITIS QUILOSA SECUNDARIA A MALROTACIÓN INTESTINAL POR FIJACIÓN INCOMPLETA DE ÁNGULO HEPÁTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Rosselló Vicens, Gabriel Àngel; Coloma, Àngela; de Miguel, Andrea; Tur, Jaume; Castellvi, Jordi; Galofre, Gonzalo

Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí.

Resumen

Introducción: La malrotación intestinal es una etiología rara de ascitis quilosa. La ascitis quilosa aparece por un desajuste en el correcto drenaje del drenaje linfático; pudiendo conllevar una producción anómala de fluido linfático rico en lípidos, conocido como quilo, en la cavidad peritoneal. La malrotación intestinal es una alteración congénita en la rotación y fijación intestinal al retroperitoneo durante el desarrollo embriológico. Depende del tipo de defecto las clasificaremos desde tipo Ia a IIId, atendiendo a las rotaciones y fijaciones de distintas estructuras.

Caso clínico: Varón de 38 años paciente derivado de CAP por dolor a nivel mesogástrico desde hace 48 h asociada a náuseas más vómitos sin otra clínica asociada. A su llegada a Urgencias, hemodinámicamente estable, febrícula, abdomen doloroso a la palpación en mesogastrio, con signos de irritación peritoneal, ausencia de masas y/o megalias. Una analítica sanguínea con leucocitosis con desplazamiento de segmentados y PCR elevada; resto normal. Se solicita una TC abdominal objetivando abundante líquido libre con distensión difusa de asas, difícil de seguir su trayecto por agrupación y poca grasa mesentérica y un marco cólico poco distendido y rectosigma colapsados. No evidenciándose aire extraluminal. Dada que el presente presenta un abdomen agudo se decide inicialmente realizar LPS exploradora con hallazgo abundante de ascitis quilosa y debido a que no conseguimos encontrar el origen del cuadro, a pesar de revisar la cavidad, se decide conversión a cirugía abierta. Se evidencia malrotación intestinal tipo IIIB, con ángulo hepático de colon ascendente en la pelvis, de aspecto congestivo, con linfangiectasias importantes, rezumando líquido quiloso. Se decide pexia de ángulo hepático en lugar anatómico correspondiente. Aspirado de líquido quiloso y colocación de dos drenajes a pelvis. El paciente presente un buen curso posoperatorio, a excepción de un íleo paralítico que se resuelve con tratamiento conservador. Presenta una correcta evolución y drenajes con disminución progresiva de quilo tras dieta progresiva tolerada es dado de alta al 7.º día posoperatorio.

Discusión: La malrotación intestinal es una patología genética que aparece sobre todo en niños pudiendo condicionar un cuadro de ascitis quilosa por obstrucción del correcto drenaje linfático. La ascitis quilosa en adultos es ya de por sí una entidad rara, y muy pocos de estos casos se atribuyen a malrotación intestinal. El manejo quirúrgico de la fijación incompleta del ángulo hepático colónico mediante pexia asociado a un correcto lavado de la ascitis quilosa resolvieron el cuadro clínico de nuestro paciente.