

## REPORTE DE CASO

# Ascitis quilosa posterior a resección de quiste mesentérico. Informe de caso y revisión de la literatura

## Chylous ascites following mesenteric cyst resection. Case report and literature review

Alberto Antonio Sosa Osorio<sup>1</sup>  , Mercedes Ortega Sánchez<sup>1</sup> , Yanelka Bouza Jiménez<sup>2</sup> 

<sup>1</sup>Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Facultad de Ciencias Médicas “Dr. Raúl Dorticós Torrado”. Cienfuegos, Cuba.

<sup>2</sup>Hospital General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”. Cienfuegos, Cuba.

**Citar como:** Sosa Osorio AA, Ortega Sánchez M, Bouza Jiménez Y. Ascitis quilosa posterior a resección de quiste mesentérico. Informe de caso y revisión de la literatura. Salud Cienc. Tecnol. 2022;2:133. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2022133>

**Recibido:** 20-11-2022

**Revisado:** 27-11-2022

**Aceptado:** 02-12-2022

**Publicado:** 03-12-2022

**Editor:** William Castillo-Gonzalez 

### RESUMEN

**Introducción:** la ascitis quilosa (AQ) se define como la extravasación de líquido lechoso rico en triglicéridos en la cavidad peritoneal.

**Caso clínico:** paciente de 69 años con antecedentes de haber sido operada de un quiste mesentérico dos meses antes de acudir a los servicios de salud por presentar en esta ocasión una ascitis marcada observada por ultrasonido y a la exploración clínica. Se le realizó paracentesis diagnóstica en la que se describió salida abundante (2500 ml) de líquido ascítico de aspecto amarillo lechoso. Se tomó muestra para análisis bioquímico del líquido resultando positivo, lo cual junto al antecedente de cirugía reciente confirmó el diagnóstico de AQ.

**Conclusiones:** la causa habitual en población adulta es la obstrucción por neoplasias abdominales. Entre otras causas se pueden citar: traumatismos abdominales o secundaria a cirugía abdominal (asociado a amplias linfadenectomías retroperitoneales o con cirugía aórtica). Para el diagnóstico de AQ es imprescindible una anamnesis y exploración física completa. Por ello ante su sospecha se debe hacer énfasis en las causas, sobre todo si su aparición es posterior a terapias intervencionistas. Un manejo óptimo estaría encaminado al tratamiento conservador basado en la terapia nutricional (de elección por su alta tasa de eficacia).

**Palabras clave:** Ascitis Quilosa; Quiste Mesentérico; Terapia Nutricional.

### ABSTRACT

**Introduction:** chylous ascites (CA) is defined as the extravasation of milky fluid rich in triglycerides into the peritoneal cavity.

**Clinical case:** 69-year-old patient with a history of having undergone surgery for a mesenteric cyst two months before presenting on this occasion with marked ascites observed by ultrasound and clinical examination. Diagnostic paracentesis was performed and showed abundant ascitic fluid (2500 ml) with a milky yellow appearance. A sample was taken for biochemical analysis of the fluid, which was positive, which together with the history of recent surgery confirmed the diagnosis of AQ.

**Conclusions:** the usual cause in the adult population is obstruction due to abdominal neoplasms. Other causes include: abdominal trauma or secondary to abdominal surgery (associated with extensive retroperitoneal lymphadenectomies or with aortic surgery). a complete anamnesis and physical examination are essential for the diagnosis of AQ. Therefore, in case of suspicion, emphasis should be placed on the causes, especially if its appearance is subsequent to interventional therapies. Optimal management would be aimed at conservative treatment based on nutritional therapy (of choice due to its high efficacy rate).

**Keywords:** Chylous Ascites; Mesenteric Cyst; Nutritional Therapy.

## INTRODUCCIÓN

La ascitis quilosa (AQ) también conocida como fuga quilosa, quiloperitoneo o quiloascitis, se define como la extravasación de líquido lechoso rico en triglicéridos en la cavidad peritoneal.<sup>(1,2)</sup>

El primer reporte de dicha patología se realizó en 1691 por Richard Morton, tras realizar una paracentesis en un paciente masculino de 18 meses, con tuberculosis diseminada. Se ha descrito que no existe predominio de edad, puede afectar a mayores de 70 años por neoplasias, a neonatos con defectos congénitos y también se ha notificado en embarazadas.<sup>(1,2)</sup>

Su incidencia varía de 1 por cada 11,589 a 1 por cada 20,000 ingresos hospitalarios, por lo que se considera poco frecuente.<sup>(3)</sup> No obstante, la literatura actualizada acerca del tema, describe un posible aumento de su incidencia lo cual obedece a ascendentes tasas de sobrevivencia de los pacientes con cáncer, así como de intervenciones quirúrgicas y laparoscópicas más agresivas.

A pesar de su baja incidencia la mortalidad asociada es de un 40-70 %, relacionada también con una aún mayor morbilidad.<sup>(4)</sup>

Para el desarrollo de AQ se han propuesto tres mecanismos fundamentales: disrupción linfática adquirida, fibrosis del sistema linfático y causas congénitas, estando asociada a más de 40 patologías.<sup>(4)</sup>

Lo más frecuente como etiología en países desarrollados son las neoplasias malignas abdominales (como el linfoma) y la cirrosis; mientras que en países en desarrollo resulta ser la causa infecciosa (tuberculosis y filariasis).<sup>(5)</sup>

La AQ suele presentarse con una distensión abdominal no dolorosa (considerado como el dato clínico más llamativo), que aparece en un período de tiempo variable de semanas o meses, aunque puede presentarse de forma aguda, posterior a intervenciones quirúrgicas que cursen con ruptura de los conductos del sistema linfático.<sup>(3,6)</sup>

Otras características clínicas son diarrea, edema, saciedad precoz, disnea, aumento de peso por retención de líquidos o bien disminución por desnutrición proteica. A pesar de ello, otros autores describen que en la mayoría de los casos se trata de fugas quilosas dirigidas con drenajes abdominales, por lo que son asintomáticas. Es muy infrecuente que se presente en forma de abdomen agudo, en cuyo caso se detallaría como peritonitis quilosa aguda.<sup>(3,6)</sup>

En el contexto cubano se han reportado dos casos de ascitis quilosa, uno en el Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras” en La Habana y el otro en el Hospital General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” en Cienfuegos.<sup>(1,7)</sup>

La baja incidencia antes descrita en relación con esta enfermedad, el hecho de proporcionar un adecuado manejo en estos pacientes y reportar el segundo caso en la provincia de Cienfuegos, son las razones que justifican la realización de este estudio que tiene por objetivo describir el caso de una paciente que presentó ascitis quilosa luego de someterse a intervención quirúrgica por resección de un quiste mesentérico.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente de 69 años, de piel blanca, jubilada, de procedencia urbana, exfumadora, con antecedentes patológicos personales de diabetes mellitus y cardiopatía isquémica, y antecedente de haber sido operada de un quiste mesentérico hace dos meses previos a su ingreso.

En esta ocasión acude refiriendo astenia marcada, repletos, náuseas y vómitos, que se acompaña de disnea a los medianos esfuerzos intensificándose hasta aparecer durante el reposo, sobre todo al decúbito y que solo alivia en posición ortopnea.

Al examen físico llamó la atención la presencia de edemas en ambos miembros inferiores, aparato respiratorio: matidez a la percusión, murmullo vesicular y vibraciones vocálicas ambos abolidos en dos tercios inferiores del hemitórax izquierdo, así como la exploración del abdomen arrojó: aumento de volumen (globuloso), matidez en zonas de declive y maniobra de Tarral positiva.

Basado en los elementos cénicos anteriores se planteó presuntamente un derrame pleural izquierdo.

Durante su estadía hospitalaria se le realizaron estudios analíticos (hematología, hemostasia y química sanguínea), de los cuales resultaron de interés los siguientes: ácido úrico: 978  $\mu\text{mol/L}$  (hiperuricemia), colesterol: 6,17  $\text{mmol/L}$  y triglicéridos: 2,96  $\text{mmol/L}$  (hipertrigliceridemia).

Se realizó ultrasonido abdominal y de bases pulmonares lo cual arrojó: hígado de 147 mm con ecopatrón granuloso fino. A nivel del epigastrio (línea media) se observaron imágenes hipocogénicas de contornos regulares que se extienden desde las arterias renales hasta la bifurcación de la aorta abdominal en relación con adenopatías y/o T a ese nivel, además líquido libre en cavidad de gran cuantía. Derrame pleural derecho de pequeña cuantía e izquierdo de gran cuantía con tabique incompleto y escasa celularidad.

Ante dicho cuadro la paciente fue tratada con antibiotioterapia: clindamicina (600 mg) 1 ampola cada 12 horas durante 7 días. Debido a que la paciente presentó una ascitis marcada observada por ultrasonido y a la exploración clínica, se le realizó paracentesis diagnóstica en la que se describe salida abundante (2500 ml) de líquido ascítico de aspecto amarillo lechoso (figura 1).

Se tomó muestra para análisis bioquímico del líquido que evidenció valores de triglicéridos en 486 mg/dL, lo cual junto al antecedente de cirugía reciente confirmó el diagnóstico de ascitis quilosa.



Figura 1. Paracentesis realizada y muestra de líquido ascítico de aspecto lechoso

Sobre la base del manejo ante este tipo de pacientes se llevó a cabo el tratamiento conservador indicándose dieta hiposódica/hipograsa e hiperproteica.

Recibió tratamiento con diuréticos de ASA (furosemida (20 mg), 2 ampullas cada 8 horas endovenoso diluido) y ahorradores de potasio (espironolactona (25 mg) 3 comprimidos cada 12 horas vía oral). También se indicó vitaminoterapia vitamina B12 (100mg), 2 cc intramuscular diario.

En este caso se logró una evolución clínica favorable con reducción gradual del perímetro abdominal y mejoría de la sintomatología, lo cual permitió que la paciente fuera dada de alta a los 6 días del ingreso hospitalario.

## DISCUSIÓN

La AQ es una afección que, aunque esporádicamente se presente, su causa habitual en población adulta es la obstrucción por neoplasias abdominales. Entre otras causas descritas se pueden citar: traumatismos abdominales, pancreatitis, radioterapia o secundaria a cirugía abdominal. En relación con esta última, su incidencia es del 0,3-11 %, asociado a amplias linfadenectomías retroperitoneales o con cirugía aórtica.<sup>(6)</sup>

Existen varios estudios de AQ en la literatura revisada que coinciden con la actual investigación, respecto a la aparición de la enfermedad tras intervención quirúrgica.

Tal es el caso de Vilar Tabanera y col.<sup>(8)</sup>, quienes reportaron el caso de un paciente de 77 años con AQ tres semanas después de haberse realizado colecistectomía laparoscópica programada por colecistolitiasis sintomática.

Vilar Tabanera y col.<sup>(8)</sup> en Chile describió un caso de una paciente de 39 años a la cual se le realizó resección de tumor retroperitoneal quístico vía laparoscópica, descrito sin incidentes, donde tres semanas posteriores a la intervención quirúrgica presentó aumento progresivo del perímetro abdominal, con dolor difuso y saciedad precoz, se le realizó paracentesis diagnóstica y se planteó AQ.

La paciente del caso en cuestión luego de dos meses del posoperatorio fue diagnosticada la AQ. En pacientes con esta patología, la evaluación diagnóstica inicial debe ser objetiva, enfocando todos los estudios para ascitis basados en una apropiada historia clínica, realizar una exploración física completa y hacer énfasis en antecedentes quirúrgicos, viajes (aspectos endémicos), traumas, enfermedades hepatorenales de base, así como antecedentes patológicos familiares.

Como en el caso presentado, resulta necesaria la realización de paracentesis diagnóstica como primer recurso; considerado como lo más importante en la evaluación y tratamiento de la ascitis.

Su estudio incluye análisis bacteriológico, recuento celular, cultivos, tinciones, concentraciones de proteínas totales, albúmina, triglicéridos, colesterol, glucosa, lactato deshidrogenasas y amilasa.

El análisis bioquímico del líquido que suele tener aspecto lechoso, destaca una cifra de triglicéridos superior a 200 mg/dL, con aumento de proteínas y pH alcalino,<sup>(7,9,10)</sup> lo cual se encuentra en correspondencia al caso informado al presentar valores aumentados de triglicéridos, lo que sirve para apoyar el diagnóstico.

En el caso de los estudios radiológico se recomienda el uso de la ecografía de abdomen mediante la cual se diagnostica la presencia de líquido, y la tomografía computarizada de abdomen contrastada; con la finalidad de identificar la presencia de enfermedad intraabdominal, evalúa el mediastino, linfadenopatías y masas; y la resonancia magnética nuclear considerada superior a la tomografía para demostrar carcinomatosis peritoneal.

Otros estudios como la linfangiografía (considerada el gold standard para definir los casos de obstrucción) y la linfoscintigrafía son de gran valor en la detección de ganglios anormales de retroperitoneo, fugas, fistulización y permeabilidad del conducto torácico.<sup>(8,9,10)</sup>

El tratamiento conservador es el más ampliamente utilizado y resulta eficaz en la mayoría de los pacientes. Este estará dirigido al mantenimiento óptimo del balance nutricional, reponiendo la pérdida de fluidos, electrolitos y nutrientes y disminuyendo la producción de quilo.

Se recomienda una dieta con alto contenido de proteínas y baja en grasas, basada en triglicéridos de cadena mediana. Estos se absorben en forma rápida y eficiente, a nivel del intestino delgado y son transportados hacia el hígado por vía portal, sin ser incorporados a quilomicrones. Su rápida absorción en la circulación portal reduce la producción y el flujo de quilo. Con el empleo de estas medidas se ha reportado el cierre espontáneo de fístulas o defectos de vasos linfáticos en 75 % - 80 %.

Resulta necesario destacar que el 95 % de la grasa dietética está compuesta por triglicéridos de cadena larga, por lo que el tratamiento nutricional está basado en la limitación de su ingesta, ya que estos forman parte de los quilomicrones que son transportados a través de la linfa.<sup>(11,12,13,14)</sup>

Uribe y col.<sup>(9)</sup> describe que el uso de fármacos como los diuréticos en conjunto con el manejo nutricional constituyen el primer peldaño en el manejo de la ascitis quilosa; con el objetivo de facilitar la excreción de volumen y reducir la formación de ascitis, al igual que en un paciente con ascitis secundaria a hipertensión portal.

En este caso se observó que el uso de esta terapéutica en la paciente, mediante el empleo de los diuréticos de asa y ahorradores de potasio, contribuyó a la evolución satisfactoria.

Por otro lado, se reporta que han sido utilizados también la somatostatina y análogos, como el octreótido con el fin de disminuir la absorción de grasas y el flujo esplácnico, a pesar de que no existan ensayos clínicos que contrasten su eficacia y seguridad. La somatostatina tiene una vida media muy corta de 1-2 minutos, por lo que debe ser pautaada en perfusión continua, por el contrario, el octreótido tiene una vida media más larga por lo que puede pautarse de forma subcutánea cada 8 horas.<sup>(7,12,13,14)</sup>

Ante el fracaso de las medidas anteriormente descritas, se recomienda reposo intestinal para reducir el flujo linfático e iniciar nutrición parenteral, que es superior a la nutrición enteral.<sup>(10,13)</sup>

De igual manera como otra estrategia terapéutica se plantea la intervención quirúrgica, con el uso de técnicas como el shunt peritoneo venoso, el cierre de la fístula o la resección intestinal.<sup>(6)</sup>

## CONCLUSIONES

La AQ es una patología esporádica y para su diagnóstico es imprescindible una anamnesis y exploración física completa. Por ello ante su sospecha se debe hacer énfasis en sus causas, sobre todo si su aparición es posterior a terapias intervencionistas. Un manejo óptimo estaría encaminado al tratamiento conservador basado en la terapia nutricional (de elección por su alta tasa de eficacia), el cual debe ser iniciado lo antes posible al diagnosticarse la afección, debido a las consecuencias de esta enfermedad y que puedan poner en riesgo la vida del paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castillo Franco F, Marín Ríos DF, Linares Tovar F, Osorio Peláez A, Castillo Franco F, Marín Ríos DF, et al. Ascitis quilosa postraumática tratada con nutrición parenteral total y octreótido. *Revista Cubana de Cirugía* 2018;57.

2. Burgos JM, Páez DM, Hincapié MA, Fernández PA, Escobar MF, Burgos JM, et al. Quiloperitoneo espontáneo en el embarazo. *Revista Colombiana de Cirugía* 2020;35:119-22. <https://doi.org/10.30944/20117582.597>.

3. Trastoy OD, Sobrino PS, Cañete BLR, Temprano NV, Murcia CM, Marta SER. Management of chylous ascites and review of literature. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria* 2022;42. <https://doi.org/10.12873/421diaz>.

4. Valenzuela P MJ, Jofré M P, Reimer C C, Valdés B S, Grassi C B, Valenzuela P MJ, et al. Manejo nutricional de ascitis quilosa: Serie de casos y revisión de la literatura. *Revista chilena de nutrición* 2020;47:1038-42. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182020000601038>.

5. Vera-Portilla AF, Arenas Ramirez R, Quispe Ala P, Vera-Portilla W, Galdós JL, Cornejo Valencia D, et al. Abdomen agudo por ascitis quilosa secundaria a pancreatitis aguda: reporte de un caso. *Acta Médica Peruana* 2021;38:210-8. <https://doi.org/10.35663/amp.2021.383.2074>.

6. Suárez-Sánchez A, Fernández-Hevia M, Díaz-Vico T, García-Munar M, García-Gutiérrez C, Fernández-Martínez D, et al. Linfografía como opción diagnóstica y terapéutica en la fuga quilosa posoperatoria de cáncer colorrectal. *Cirugía y cirujanos* 2020;88:43-6. <https://doi.org/10.24875/ciru.20000252>.

7. Odriozola Guitart A, Treviño González J, Odriozola Guitart A, Treviño González J. Causas infrecuentes de ascitis: Reporte de 5 casos. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 2021;20.

8. Vilar-Tabanera A, García-Angarita F, Mendía-Conde E, Gómez-Ramírez J, Vilar-Tabanera A, García-Angarita F, *et al*. Ascitis quilosa tras colecistectomía. Presentación de un caso. *Revista de cirugía* 2019;71:253-6. <https://doi.org/10.4067/s2452-45492019000300253>.

9. Uribe J, Sepúlveda R, Cruz R, Illanes P, Trucco C, Le Roy C, *et al*. Ascitis quilosa post cirugía abdominal: caso clínico y revisión de la literatura. *Gastroenterol Latinoame* 2018;29:193-9.

10. Flores Cruz G, Aguila Gómez MV, Lazo Vargas A, Marconi Poma ER. Ascitis quilosa o quíloperitoneo, un desafío diagnóstico y un reto en el tratamiento conservador para el cirujano general: presentación de un caso y revisión de la literatura. *Revista Médica La Paz* 2021;27:47-53.

11. Silva M, Torres J, Silva M, Torres J. Quiloascitis y quilotórax bilateral. *Medicina interna de México* 2018;34:815-20. <https://doi.org/10.24245/mim.v34i5.1976>.

12. Colomo AR, Mateos AMC, Vidal-Vilchez B, Tejada MECS de. Varón de 60 años que debuta con ascitis quilosa. *Revista andaluza de patología digestiva* 2021;44:69-71.

13. Rodríguez-Sánchez MP, Hurtado-Urriarte M, Díaz-Ruiz3 JEA, Vergara C, Cuestas JA, Otálora-Esteban M, *et al*. Quíloperitoneo en diálisis peritoneal: reporte de caso y revisión de la literatura. *Revista de nefrología, diálisis y trasplante* 2019;39:115-9.

14. Jofré P, Grassi B, Benítez C, Jofré P, Grassi B, Benítez C. Tratamiento de quilotórax y quiloascitis refractaria en paciente cirrótico. Caso clínico. *Revista médica de Chile* 2020;148:1202-6. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872020000801202>.

#### **FINANCIACIÓN**

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de esta investigación.

#### **CONFLICTO DE INTERESES**

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

#### **CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA**

*Conceptualización:* Alberto Antonio Sosa Osorio, Mercedes Ortega Sánchez, Yanelka Bouza Jiménez.

*Análisis formal:* Alberto Antonio Sosa Osorio, Yanelka Bouza Jiménez.

*Investigación:* Alberto Antonio Sosa Osorio, Mercedes Ortega Sánchez.

*Metodología:* Alberto Antonio Sosa Osorio, Yanelka Bouza Jiménez.

*Redacción- borrador original:* Alberto Antonio Sosa Osorio, Mercedes Ortega Sánchez.

*Redacción-revisión y edición:* Alberto Antonio Sosa Osorio, Mercedes Ortega Sánchez.