

LINFADENECTOMÍA PARAAÓRTICA RETROPERITONEOSCÓPICA. ASCITIS QUILOSA.

Parras Onrubia F¹; Jiménez Velázquez R; Cánovas López L; Sánchez Ferrer ML; Machado Linde F; Nieto Díaz A.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

¹Hospital General Universitario Reina Sofía

CASO CLÍNICO

Mujer de 42 años que presenta dolor en hipogastrio y FID de dos meses de evolución y que ha aumentado en los últimos días.

Antecedentes personales: apendicectomía, G4P1A3, FM 5/28. Primera fase de ciclo.

Exploración: en abdomen se palpa gran masa que llega a nivel supraumbilical

Ecografía: quiste de ovario izquierdo de 215x111 mm probablemente benigno que podría ser compatible con cistoadenoma mucinoso.

Marcadores tumorales negativos, bioquímica y hemograma normal.

Se realiza de forma preferente, anexectomía por vía LPC (debido al tamaño se realiza aspiración intraabdominal). La biopsia intraoperatoria informa de tumor mucinoso borderline, por lo que se lleva a cabo cirugía de estadiaje realizándose histerectomía total más doble anexectomía (deseo genésico cumplido), omentectomía y biopsias peritoneales por vía LPC.

El informe de anatomía patológica definitivo informa de adenocarcinoma mucinoso de ovario izquierdo. IC1G2. Por lo que se completa estadiaje quirúrgico realizando linfadenectomía retroperitoneoscópica paraaórtica y pélvica. La intervención cursa sin incidencias dejando Blake retroperitoneal.

EVOLUCIÓN: A las 24h de la intervención la paciente se encuentra asintomática pero comienza con linforrea de unos 940 mL/24h que se convierte en quilorrea en 24h. Se pauta dieta rica en proteínas, baja en sal y exenta de grasas y se adopta actitud conservadora.

Ante la persistencia de drenaje de abundante material quiloso tras 72h y a pesar de seguir asintomática se decide reintervenir a la paciente por la misma vía de entrada procediendo a sellado de vasos linfáticos.

La enferma es dada de alta a las 72 h, y a día de hoy permanece asintomática.



Paquete ganglionar entre v. cava y a. iliaca común decha.



Imagen de TAC con colección de linfa intraabdominal



Material quiloso que sale a través del drenaje.

DISCUSIÓN

La ascitis quilosa postoperatoria es una entidad infrecuente, siendo la linfadenectomía retroperitoneal el procedimiento de más riesgo. Las repercusiones nutricionales e inmunológicas dependen del estado nutricional previo. Respecto al manejo terapéutico, no hay guías de tratamiento publicadas y las recomendaciones se basan en series de pocos casos clínicos. En todos ellos el soporte nutricional adecuado es fundamental, en ocasiones hay que recurrir a la nutrición enteral, e incluso parenteral. El octreótide, análogo de somatostatina, ha mostrado beneficio en el cierre de fístulas quillosas puesto que reduce el flujo linfático. La cirugía se recomienda en los casos refractarios a tratamiento conservador. Se puede realizar ligadura del conducto linfático lesionado o colocación de un shunt peritoneo venoso, este último indicado en pacientes con peor pronóstico.