

## Noticia Clínica

# Ascitis quilosa, una entidad poco conocida. Etiopatogenia y manejo.

*Chylous ascites, a little known entity. Etiopathogenesis and management.*

García-Redondo M, Rico-Morales MM, Lorenzo-Liñán MÁ, Torres-Melero J, Reina-Duarte Á

Cirugía general y digestiva. HU Torrecárdenas. Almería.

### RESUMEN

La linfa se compone de proteínas, lípidos y células inmunes. El sistema linfático abdominal desemboca en la cisterna de Pecquet, la cual se continúa, cranealmente, con el conducto torácico. Llamamos ascitis quilosa a la presencia de linfa en la cavidad peritoneal. Existen tres mecanismos por los que se produce el quiloperitoneo. Estos pueden ser la interrupción linfática adquirida, la fibrosis linfática y las causas congénitas. En nuestro medio, el cáncer, y entre ellos el linfoma, es la causa más frecuente en la edad adulta. Presentamos tres casos que han ocurrido recientemente en nuestro servicio. Para el manejo es fundamental optimizar el estado nutricional, se pueden añadir fármacos como orlistat y somatostatina. La paracentesis evacuadora repetida debe evitarse.

**Palabras clave:** ascitis quilosa, quiloperitoneo, linfoma.

### CORRESPONDENCIA

Manuel García Redondo  
Hospital Universitario Torrecárdenas  
04009 Almería.  
[m.garcia.redondo@outlook.es](mailto:m.garcia.redondo@outlook.es)

XREF

### ABSTRACT

Lymph is composed of proteins, lipids and immune cells. The abdominal lymphatic system flows into Pecquet's cistern, which continues cranially into the thoracic duct. The presence of lymph in the peritoneal cavity is called chylous ascites. There are three mechanisms by which chyloperitoneum occurs. These can be acquired lymphatic disruption, lymphatic fibrosis and congenital causes. In our environment, cancer, and among them lymphoma, is the most frequent cause in adulthood. We present three cases that have recently occurred in our service. For management it is essential to optimize nutritional status, drugs such as orlistat and somatostatin can be added. Repeated evacuative paracentesis should be avoided.

**Key words:** chylous ascites, chyloperitoneum, lymphoma.

### INTRODUCCIÓN

La ascitis quilosa (AQ) o quiloperitoneo es una patología rara con una incidencia calculada de 1:20500 ingresos hospitalarios, se define como la presencia de linfa en la cavidad peritoneal<sup>1</sup>. La linfa se compone de proteínas, lípidos (quilomicrones) y células inmunes<sup>2</sup>, la

### CITA ESTE TRABAJO

García-Redondo M, Rico-Morales MM, Lorenzo-Liñán MÁ, Torres-Melero J, Reina-Duarte Á. Ascitis quilosa, una entidad poco conocida. etiopatogenia y manejo. Cir Andal. 2023;34(2):189-191. DOI: 10.37351/2023342.17.

mayoría originada a nivel abdominal<sup>3</sup>. El sistema linfático abdominal está formado por tres afluentes principales. Estos son el tronco intestinal y ambos troncos lumbares (derecho e izquierdo), los cuales desembocan en la cisterna de Pecquet, situada en el retroperitoneo<sup>3</sup>. Esta última se continúa cranealmente con el conducto torácico<sup>1-3</sup>.

Respecto a la etiopatogenia de la AQ encontramos tres posibles mecanismos<sup>2</sup>:

- Interrupción u obstrucción linfática por traumatismo, cirugía o infecciones parasitarias<sup>1-3</sup>, en este grupo estaría incluida la cirrosis hepática debido al aumento de la producción linfática<sup>4</sup>.
- La fibrosis linfática causada por procesos neoplásicos sobre la cisterna de Pecquet, siendo el linfoma el más frecuente<sup>5</sup>.
- Causas congénitas en contexto de cuadros sindrómicos<sup>1-4</sup>. Ejemplo de ellos son el Síndrome de Turner y el Síndrome de Klippel-Trenaunay-Weber, en estos casos se produce un desarrollo inusual, con displasia, de los vasos linfáticos<sup>6</sup>.

En nuestro medio, el origen más frecuente es congénitas en la edad pediátrica (32%), seguida del linfoma (8%)<sup>5</sup> y finalmente la cirrosis hepática e infecciones. En países en vías de desarrollo una causa frecuente es la hipertensión portal causada por parasitosis, como la filariasis<sup>5</sup> y la esquistosomiasis hepato-esplénica<sup>7</sup>.

El diagnóstico de ascitis quilosa debe sospecharse cuando el líquido ascítico presenta un aspecto lechoso característico y se demuestra un nivel de triglicéridos superior a 200 mg/dl<sup>1-5</sup>. Se debe tener en cuenta que se necesita un mínimo de 30 ml para un examen de laboratorio completo (incluyendo recuento celular rutinario, bioquímico y microbiológico). Para un examen citológico se recomienda como mínimo 100 ml<sup>2</sup>.

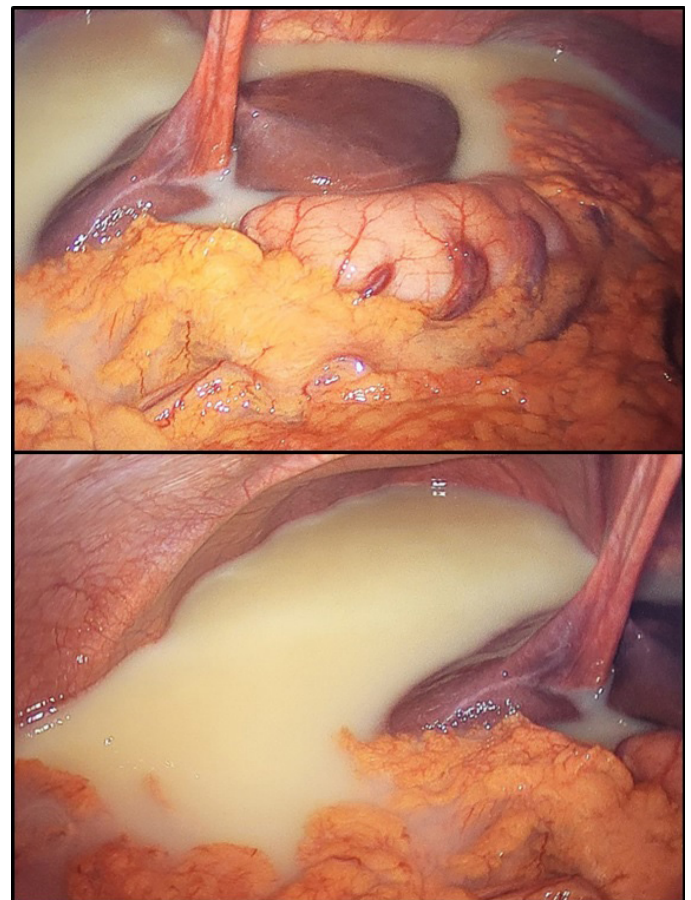
Respecto al tratamiento, el primer abordaje se debe orientar a la causa subyacente<sup>2</sup>. Uno de los pilares del manejo es optimizar el estado nutricional, basado en una dieta rica en proteínas y en triglicéridos de cadena media<sup>2,3</sup>. A estas medidas se añaden fármacos como orlistat, inhibidor de la lipasa gástrica y pancreática, que reduce la concentración de triglicéridos en el líquido ascítico. La somatostatina, como vasodilatador esplácnico, reduce el flujo linfático<sup>5,3</sup>. En algunos casos refractarios al tratamiento, se ha empleado octreótida, análogo de somatostatina<sup>8</sup>. El cual disminuye la secreción gástrica, pancreática e intestinal, inhibe la motilidad enlenteciendo la absorción entérica y disminuye el flujo esplácnico<sup>8</sup>. Se debe evitar las paracentesis repetidas, ya que puede provocar un desequilibrio electrolítico y desnutrición<sup>2</sup>, solamente debe plantearse como medida paliativa de alivio sintomático.

## CASOS CLÍNICOS

Recientemente, en nuestro servicio, se han intervenido tres pacientes con hallazgo intraoperatorio de ascitis quilosa, los cuales presentamos a continuación.

El primer caso es una paciente de 50 años, intervenida de urgencias por obstrucción intestinal en contexto de una masa tumoral bulky que infiltraba colon ascendente e ileon terminal, además de, pared abdominal y retroperitoneo. Se realizó una derivación intestinal íleo-transversa y se toma biopsia quirúrgica del tumor retroperitoneal. El diagnóstico anatomopatológico fue de linfoma difuso de células B grandes fenotipo activado, expresión de MYC, BCL-2 y Ki67 >90%. Comienza terapia con R-CHOP. Posteriormente ingresa por empeoramiento clínico y se diagnostica progresión de la enfermedad y perforación a nivel ileocecal, realizándose una hemicolectomía derecha. Durante la cirugía se observa ascitis quilosa, la citología del líquido ascítico fue negativa para malignidad. Comienza con terapia de segunda línea y finalmente, tras fallo multiorgánico es exitus un mes después del hallazgo de ascitis quilosa, nueve meses después del diagnóstico de linfoma.

El segundo caso es un varón de 49 años. Se interviene mediante laparoscopia para realizar una biopsia de una masa retroperitoneal. La ascitis quilosa es evidente y es necesario aspirar para llevar a cabo la técnica (Figura 1). El diagnóstico anatomopatológico fue de linfoma difuso de células B grandes, expresión de BCL-6 y Ki67 >90%. La citología del líquido ascítico fue negativa para malignidad. Respecto a la supervivencia, en este último caso, fue de 2 meses desde el hallazgo intraoperatorio de ascitis quilosa.



**Figura 1** Imagen intraoperatoria de ascitis quilosa.

El tercer caso es un paciente varón de 61 años que durante el estudio de una masa retroperitoneal sospechosa de tumor pancreático se somete a laparoscopia exploratoria. Durante la intervención se evidencia carcinomatosis peritoneal y ascitis quillosa. Se enviaron biopsias de los implantes peritoneales, las cuales arrojaron resultado compatible con adenocarcinoma de páncreas. En este último caso la citología del líquido ascítico fue negativa para malignidad. En este caso, el paciente se encuentra en seguimiento por oncología y nutrición clínica desde el diagnóstico.

## DISCUSIÓN

La ascitis quillosa en el adulto es una manifestación poco frecuente de causa tumoral, siendo el linfoma el origen más frecuente en nuestro medio. El líquido ascítico suele ser negativo para malignidad, debido a que el mecanismo causal es explicado por la compresión mecánica a nivel de la cisterna de Pecquet. Desde el primer drenaje quirúrgico del líquido ascítico el empeoramiento del paciente es notorio. Suelen ser pacientes con una enfermedad grave de base y con poca reserva funcional. En el manejo se tiene que evitar la paracentesis repetida y optimizar el estado nutricional, suplementando con fármacos como orlistat y somatostatina.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Satala CB, Bara T Jr, Jung I, Tudorache V, Gurzu S. Chylous ascites, unusual association with ductal pancreatic adenocarcinoma with plasmacytoid morphology: A case report and literature review. *Surg J* [Internet]. 2021;7(3):e158–62. Available from: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0041-1728651>
2. Lizaola B, Bonder A, Trivedi HD, Tapper EB, Cardenas A. Review article: the diagnostic approach and current management of chylous ascites. *Aliment Pharmacol Ther* [Internet]. 2017;46(9):816–24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/apt.14284>
3. Bhardwaj R, Vaziri H, Gautam A, Ballesteros E, Karimeddini D, Wu GY. Chylous Ascites: A Review of Pathogenesis, Diagnosis and Treatment. *J Clin Transl Hepatol* [Internet]. 2018;6(1):1–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.14218/jcth.2017.00035>
4. Browse NL, Wilson NM, Russo F, al-Hassan H, Allen DR. Aetiology and treatment of chylous ascites. *Br J Surg*. 1992.
5. Adler E, Bloyd C, Wlodarczyk S. Chylous ascites. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2020;35(5):1586–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-019-05532-3>
6. Romańska-Kita J, Borszewska-Kornacka MK, Dobrzańska A, Rudzińska I, Czech-Kowalska J, Wawrzoniak T. Congenital chylous ascites. *Pol J Radiol*. 2011 Jul;76(3):58–61.
7. Borrella Gras AJ, Gómez Rubio M, Olazarán Narváez IM, Castellanos González M. Hepatosplenic schistosomiasis: a rare cause of chronic liver disease with portal hypertension diagnosed by abdominal ultrasound. *Rev Esp Enferm Dig* [Internet]. 2022;114(1):47–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.17235/reed.2021.8086/2021>
8. Senosiain Lalastra C, Martínez González J, Mesonero Gismero F, Moreira Vicente V. Ascitis quillosa posquirúrgica en un adulto tratada con octreótida. *Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2012;35(8):567–71.