ASCITIS QUILOSA POSTRAUMÁTICA SECUNDARIA A TRAUMATISMO ABDOMINAL CERRADO

Posttraumatic Chylous Ascites Secondary to Blunt Abdominal Trauma

Autores: Ainara Cattaneo[1], Rubén Alonzo[1], Guillermo González[2], Gustavo Matus[3], Sebastian Vélez[4].

RESUMEN

La ascitis quilosa es una entidad infrecuente caracterizada por la acumulación intraperitoneal de linfa rica en triglicéridos como consecuencia de lesión u obstrucción del sistema linfático. La etiología traumática es excepcional y puede representar un desafío diagnóstico en pacientes politraumatizados por lo que en este artículo se decide presentar el caso clínico de un paciente con dicho diagnóstico secundario a traumatismo cerrado de abdomen. Destacamos que el diagnóstico debe sospecharse ante la aparición de líquido turbio o de aspecto lechoso en pacientes con traumatismo abdominal y confirmarse mediante el análisis del líquido, siendo un valor de triglicéridos superior a 200 mg/dL altamente sugestivo. El tratamiento conservador constituye la primera alternativa en pacientes estables y su identificación precoz mediante análisis del líquido permite evitar procedimientos invasivos innecesarios y favorecer un tratamiento conservador exitoso.

Palabras clave: ascitis quilosa; traumatismo abdominal; lesión linfática; drenaje abdominal; trauma cerrado; reporte de caso.

SUMMARY

Chylous ascites is an uncommon entity characterized by the intraperitoneal accumulation of lymph rich in triglycerides as a consequence of injury or obstruction of the lymphatic system. Traumatic etiology is exceptional and may represent a diagnostic challenge in polytraumatized patients; therefore, this article presents the clinical case of a patient with such diagnosis secondary to blunt abdominal trauma. It is noteworthy that the diagnosis should be suspected when cloudy or milky-appearing fluid is observed in patients with abdominal trauma and confirmed through fluid analysis, with a triglyceride value greater than 200 mg/dL being highly suggestive. Conservative treatment constitutes the first option in stable patients, and early identification through fluid analysis allows unnecessary invasive procedures to be avoided and favors successful conservative management.

Keywords: chylous ascites; abdominal trauma; lymphatic injury; abdominal drainage; blunt trauma; case report.

1- Médica Residente Cirugía en las Emergencias, Trauma y Cuidados Críticos. Servicio de Cirugía. Depto. de Cirugía. Hospital Municipal de Urgencias. Córdoba, Argentina.
2- Médico de Staff. Servicio de Cirugía. Depto. de Cirugía. Hospital Municipal de Urgencias. Córdoba, Argentina.
3- Jefe Servicio de Cirugía. Depto. de Cirugía. Hospital Municipal de Urgencias. Córdoba, Argentina.
4- Jefe Depto. de Cirugía. Hospital Municipal de Urgencias. Córdoba, Argentina.

Depto. de Cirugía. Servicio de Cirugía en las Emergencias, Trauma y Cuidado Crítico
Hospital Municipal de Urgencias, Córdoba.
Catamarca 441. C.P.5000. Argentina
Te: (0351-4276200)
Mail: ainaracattaneo91@gmail.com

Introducción

La ascitis quilosa es una entidad poco frecuente producida por la extravasación de linfa rica en lípidos hacia la cavidad peritoneal como consecuencia de una lesión, ruptura u obstrucción del sistema linfático. Se caracteriza clásicamente por la presencia de líquido turbio o de aspecto lechoso, con una concentración de triglicéridos habitualmente >200 mg/dL.(1) Las causas más frecuentes de ascitis quilosa en adultos son las enfermedades malignas y la cirrosis; sin embargo, el traumatismo constituye una causa reconocida, aunque infrecuente. La lesión traumática puede comprometer vasos linfáticos mesentéricos o retroperitoneales y producir un escape de quilo hacia la cavidad abdominal. Los mecanismos de desaceleración pueden favorecer la lesión de estructuras linfáticas próximas a la columna vertebral y a los grandes vasos. (2) El diagnóstico puede resultar particularmente dificultoso en el paciente traumatizado, debido a que el líquido libre intraperitoneal suele interpretarse inicialmente como sangre, bilis, contenido intestinal o exudado inflamatorio. En este contexto, el análisis bioquímico del líquido adquiere especial relevancia cuando el débito persiste y modifica sus características. Presentamos el caso de un paciente con traumatismo abdominal cerrado que desarrolló una fístula linfática abdominal manifestada como ascitis quilosa, con resolución mediante tratamiento conservador. Este caso ha sido estructurado de acuerdo con las recomendaciones SCARE 2023 para la comunicación de casos quirúrgicos. (4)

Caso clínico

Paciente masculino de 34 años que ingresó al shock room luego de una colisión frontal entre motocicleta y automóvil. Utilizaba casco y no presentó pérdida de conocimiento. En la atención prehospitalaria recibió

oxigenoterapia, analgesia e inmovilización cervical. Al ingreso presentaba presión arterial de 100/60 mmHg, frecuencia cardíaca de 98 lpm, frecuencia respiratoria de 22 rpm y saturación de oxígeno de 98% con aporte de oxígeno. Se encontraba lúcido, con Glasgow 15/15. El abdomen estaba distendido y doloroso predominantemente en hipocondrio izquierdo, con pelvis estable y estigma de traumatismo abdominal. El eFAST fue positivo, evidenciándose líquido libre en los espacios hepatorrenal, esplenorrenal y fondo de saco de Douglas. Los estudios de laboratorio iniciales mostraron hemoglobina 14 g/dL, hematocrito 33,7%, leucocitos 11.600/mm³, plaquetas 316.000/mm³, KPTT 27 segundos, APP 81%, creatinina 1,05 mg/dL, urea 69 mg/dL, sodio 139 mmol/L, potasio 4,2 mmol/L y calcio 1,097 mmol/L. El laboratorio evidenció GOT 684 U/L, fibrinógeno 223 mg/dL y déficit de base de −7,9, con ácido láctico de 2,4 mmol/L. El screening toxicológico fue positivo para cocaína y cannabis. La tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis evidenció hematoma hepático intraparenquimatoso, calcificación esplénica, traumatismo renal, hematoma mesentérico y desinserción de músculos laterales. (Figura 1)

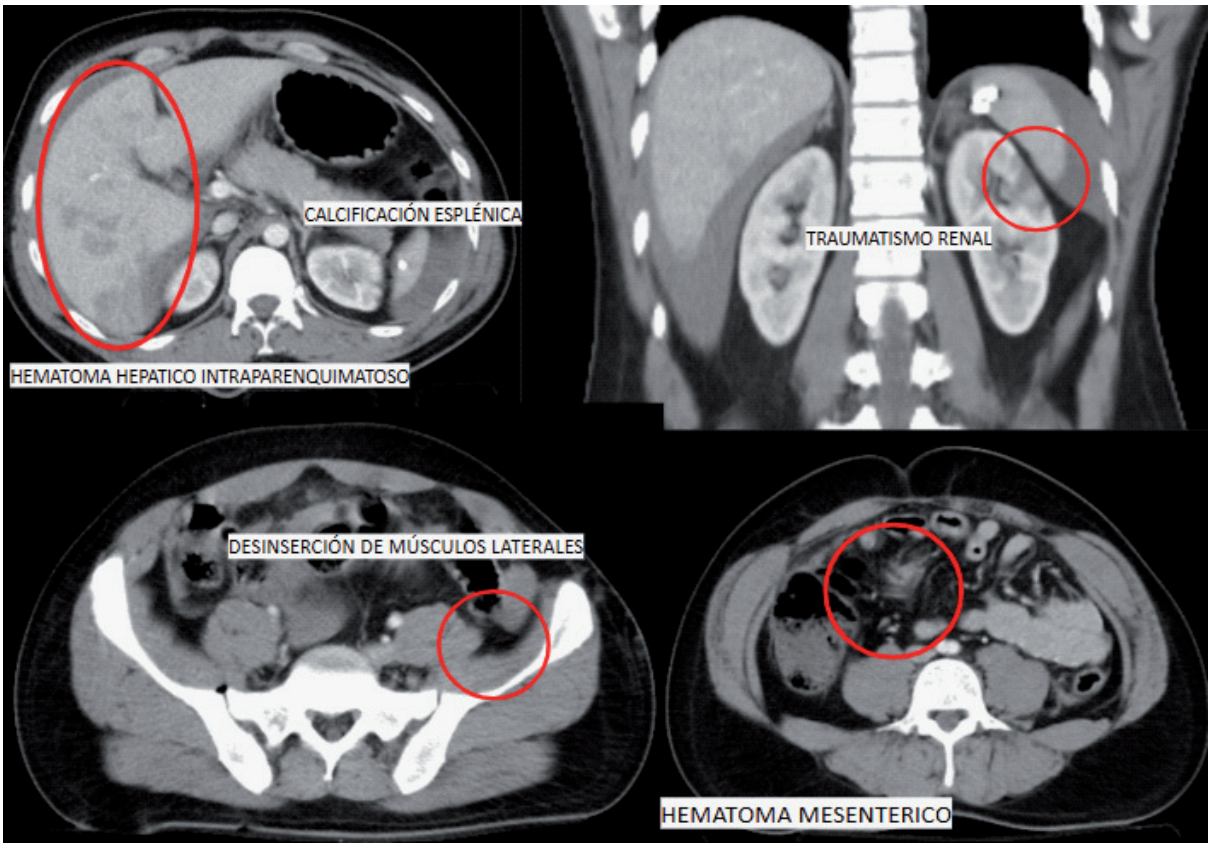


Figura 1. Tomografía computada con sus hallazgos. Círculos rojos demuestran las lesiones referidas.

Debido a la estabilidad hemodinámica inicial se optó por tratamiento no operatorio, realizándose arteriografía diagnóstica, donde no se evidenciaron fugas y se optó por angioembolización hepática preventiva (Figura 2).

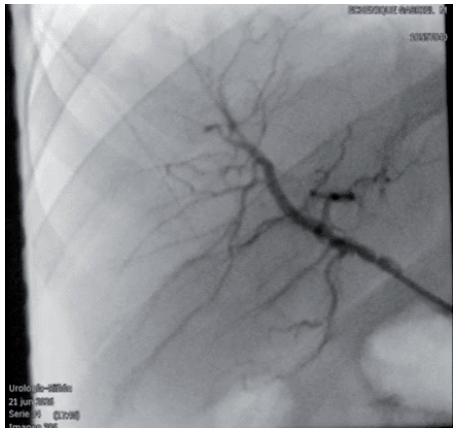


Figura 2. Arteriografía hepática sin objetivar lesión evidente habiendo realizado embolización preventiva.

A las 24 horas del ingreso el paciente permaneció hemodinámicamente estable, sin requerimiento de vasopresores, aunque presentó distensión abdominal, aumento de los valores de PIA (presión intraabdominal) y tendencia a la taquicardia.

En este contexto se decidió realizar laparoscopia exploradora objetivando hemoperitoneo de aproximadamente 1,5 L (Figura 3), estigmas de trauma hepático sin sangrado activo, vesícula biliar con signos de isquemia (Figura 4), desgarro mesentérico (Figura 5) sin compromiso intestinal adyacente o sangrado activo y desgarro de la pared anterolateral del abdomen con hernia inguinal crónica sobreagregada (Figura 6).

Se toma la conducta intraoperatoria de colecistectomía por videolaparoscopia, lavado profuso de cavidad abdominal y colocación de drenajes abdominales.



Figura 3. Hemoperitoneo con estigma de trauma hepático.



Figura 4. Semiologia intraoperatoria objetivando vesícula biliar con signos de isquemia.

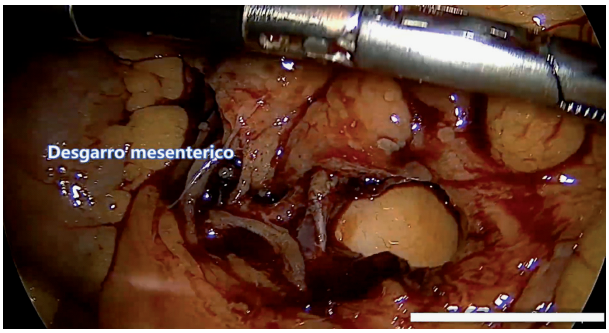


Figura 5. Presencia de desgarro mesentérico transfixiante, sin sangrado activo.

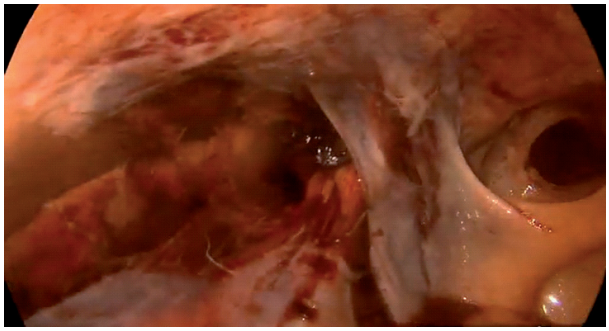


Figura 6. Desgarro de músculos de la pared anterolateral del abdomen con hernia inguinal izquierda sobreagregada.

Durante el período postoperatorio presentó un drenaje abdominal de aproximadamente 300 mL de líquido seroso. Al tercer día se inició nutrición enteral, con buena tolerancia y al quinto día se observó un cambio en las características del líquido obtenido por el drenaje (Figura 7). Ante la ausencia de sangre o bilis y valorando las características evidenciadas se planteó la posibilidad de una lesión linfática y se solicitó estudio físico-químico del líquido.



Figura 7. Débito de drenaje al 5to día, de características quilosas.

El análisis mostró líquido ascítico amarillo y turbio, con concentración de triglicéridos de 454 mg/dL, colesterol de 65 mg/dL y amilasa pancreática de 30 U/L. El hallazgo de hipertrigliceridemia en el líquido permitió establecer el diagnóstico de ascitis quilosa postraumática.

Como parte del estudio y a fin de descartar otros diagnósticos presuntivos se administró azul de metileno por vía oral, observándose excreción renal sin modificación del débito abdominal, lo que permitió descartar una comunicación evidente con el tracto gastrointestinal en ese contexto, a su vez se realizó posteriormente tomografía toracoabdominal con contraste oral y endovenoso donde se evidencia menor cantidad de líquido libre respecto de estudios previos y contraste endoluminal a nivel colónico sin evidencia de fuga aparente.

Se instauró manejo conservador con seguimiento clínico y control seriado del débito de los drenajes. Como medidas se suspendió transitoriamente la nutrición enteral y se revisaron los aportes farmacológicos con potencial contenido lipídico observando la disminución progresiva de la producción linfática. Al noveno día el débito de ambos drenajes fue nulo, permitiendo reiniciar la nutrición enteral y al día 13, ante la ausencia persistente de débito, se retiraron ambos drenajes.

Al día 19 el paciente se encontraba asintomático, se realizó estudio por imágenes control con ecografía abdominal que mostró hígado heterogéneo con áreas hipoecogénicas correspondientes a hematomas evolucionados en segmentos VI y VII, el mayor de 38 × 18 mm y al día 20 finalizó el tratamiento antibiótico por neumonía intrahospitalaria y se otorgó el alta hospitalaria. En el seguimiento al mes y medio del traumatismo permanece asintomático (Figura 8).

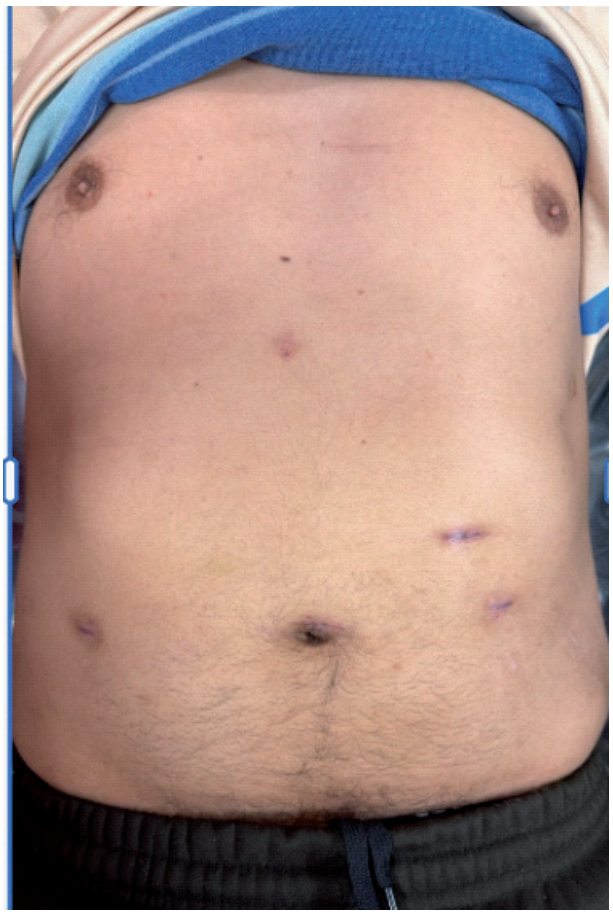


Figura 8. Control ambulatorio a 45 días, paciente asintomático.

Discusión

La ascitis quilosa constituye una complicación infrecuente del traumatismo abdominal. Su fisiopatología se relaciona con la interrupción de los vasos linfáticos, pudiendo comprometer estructuras mesentéricas o retroperitoneales. En los traumatismos por desaceleración, las fuerzas de hiperflexión e hiperextensión pueden generar lesión de los conductos linfáticos próximos a la columna vertebral. (5) El diagnóstico requiere un alto índice de sospecha. En el contexto postraumático, el líquido intraperitoneal suele ser interpretado inicialmente como hemático, particularmente durante las primeras horas. La aparición de un débito persistente, seroso o progresivamente turbio, sin evidencia de sangrado activo ni fuga intestinal, debe motivar la consideración de una lesión linfática. El análisis del líquido constituye una herramienta fundamental. El aspecto turbio o lechoso y una concentración de triglicéridos superior a 200 mg/dL son criterios ampliamente aceptados para el diagnóstico de ascitis quilosa. (1,2) En el presente caso, el valor de 454 mg/dL confirmó la naturaleza quilosa del drenaje y permitió explicar la persistencia del débito abdominal. El diagnóstico diferencial incluye ascitis pancreática, urinoma, biliperitoneo, contenido intestinal, infección intraabdominal y líquido hemático en evolución. (2) En este paciente, la determinación de amilasa pancreática baja y la ausencia de fuga intestinal en la tomografía contribuyeron a descartar otras causas de débito abdominal persistente. El tratamiento de la ascitis quilosa debe individualizarse según el volumen de la fuga, el estado nutricional y metabólico del paciente y la respuesta al tratamiento inicial. En pacientes hemodinámicamente estables, el tratamiento conservador constituye la primera estrategia, especialmente en los casos de origen traumático. Las medidas incluyen restricción de grasas de cadena larga, dieta rica en proteínas y utilización de triglicéridos de cadena media, ya que estos últimos presentan una absorción diferente y disminuyen el flujo linfático intestinal. En casos seleccionados puede recurrirse a nutrición parenteral y análogos de somatostatina. (1,2) La literatura muestra que una proporción importante de las lesiones linfáticas traumáticas presenta resolución espontánea o con medidas conservadoras. Eren y cols. describieron una lesión quilosa secundaria a traumatismo cerrado que fue manejada mediante drenaje y tratamiento médico, con resolución sin cirugía. (PubMed Central; PMC) Asimismo, Tallón-Aguilar et al. plantearon que, en los casos de etiología traumática, el manejo conservador debe constituir la primera alternativa, reservando tratamientos invasivos para pacientes con persistencia de la fuga, altos volúmenes de débito o complicaciones metabólicas. (6) Cuando el tratamiento conservador fracasa, las alternativas actuales incluyen linfangiografía, embolización percutánea de los vasos linfáticos, ligadura quirúrgica del sitio de fuga y otros procedimientos intervencionistas. La linfangiografía intranodal permite localizar la fuga y, cuando es identificada, realizar embolización terapéutica. (7) En el caso presentado, la disminución progresiva del débito y su resolución completa permitieron evitar procedimientos invasivos adicionales. La ausencia de débito al noveno día y el retiro de los drenajes al día 13, junto con la evolución clínica favorable y la ausencia de recurrencia en el seguimiento, respaldan la eficacia del manejo conservador en este paciente.

El principal valor didáctico del caso radica en recordar que no todo líquido libre o drenaje persistente luego de un traumatismo abdominal corresponde a sangre, bilis o contenido intestinal. La identificación de una lesión linfática puede modificar sustancialmente la conducta y evitar intervenciones innecesarias.

Conclusión

La ascitis quilosa postraumática es una complicación infrecuente pero clínicamente relevante del traumatismo abdominal cerrado. Debe sospecharse ante la persistencia de un débito abdominal de características atípicas, especialmente cuando el líquido se vuelve turbio o lechoso. La determinación de triglicéridos en el líquido de drenaje constituye una herramienta diagnóstica sencilla y de gran utilidad. En pacientes hemodinámicamente estables y sin evidencia de una lesión abdominal que requiera reparación, el tratamiento conservador puede lograr

la resolución completa de la fuga linfática y evitar procedimientos invasivos.

Bibiografía

1. *Al-Busafi SA, Ghali P, Deschênes M, Wong P. Chylous ascites: evaluation and management. ISRN Hepatol. 2014;2014:240473. doi:10.1155/2014/240473.*
2. *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. 2018;6(1):105-113. doi:10.14218/JCTH.2017.00035.*
3. *Sohrabi C, Mathew G, Maria N, Kerwan A, Franchi T, Agha RA, et al. The SCARE 2023 guideline: updating consensus Surgical CAse REport (SCARE) guidelines. Int J Surg. 2023;109(5):1136-1140. doi:10.1097/JS9.0000000000000373.*
4. *Eren T, Demir M, Orman S, Leblebici M, Özemir İA, Alimoğlu O. Isolated chylous injury due to blunt abdominal trauma: report of a case and a review of the literature. Turk J Surg. 2017;33(2):119-122. doi:10.5152/UCD.2015.2925.*
5. *Fernandes V, Queirós J, Soares C. Chylous ascites: case report of a rare presentation of blunt abdominal trauma. Int J Surg Case Rep. 2020;77:799-802. doi:10.1016/j.ijscr.2020.11.134.*
6. *Tallón-Aguilar L, López-Ruiz JA, Domínguez-Sánchez C, Pareja-Ciuró F, Padillo-Ruiz J. Laparoscopic aproach in post-traumatic chylous ascites. Ann R Coll Surg Engl. 2018;100(3):e57-e58. doi:10.1308/rcsann.2017.0220.*
7. *Aly AK, Santos E, Fung J, Maybody M, Youssef EW, Petre EN, et al. Intranodal lymphangiography and embolization for management of iatrogenic chylous ascites after oncological surgery. J Vasc Interv Radiol. 2024;35(6):883-889. doi:10.1016/j.jvir.2024.02.015.*