

Ascitis Quilosa secundaria a una hernia inguinal encarcelada

Dr. Sergio E. Vélez-Osejo*, Dra. Lizeth García-Amador**

RESUMEN

La ascitis quilosa es una entidad bastante rara en la edad pediátrica. Las causas más frecuentes son las anomalías del sistema linfático (quistes mesentéricos rotos) pero las causas destructivas mecánicas han sido reportadas principalmente, debidas a malrotación intestinal, adherencias y hernias encarceladas.

Se reporta el caso de un paciente de 24 días de vida con una hernia encarcelada y una ascitis quilosa secundaria, la cual se manejó con hemioplastia inguinal y alimentación parenteral total por diez días con buena evolución.

Palabras clave: Hernia inguinal encarcelada, ascitis quilosa, alimentación parenteral total.

INTRODUCCIÓN

Mortón (1) hizo la primera descripción de un paciente con ascitis quilosa en un niño de dos años de edad con tuberculosis en 1720, después de 280 años hay poco que agregar a su etiología y manejo. La ascitis quilosa es dos veces más frecuente en lactantes que en niños mayores, pero la presentación clínica es similar (2). La mortalidad antes del advenimiento de la alimentación parenteral total era del 24% (3).

CASO REPORTADO.

Masculino de 24 días de vida, producto del segundo embarazo sin antecedentes prenatales y natales de importancia para su padecimiento actual, que acudió a Emergencia de! Instituto Hondureño de Seguridad Social de Tegucigalpa, con un cuadro de 3 días de evolución manifestado por aumento súbito del volumen del testículo derecho, acompañado de vómitos e irritabilidad, sin fiebre, a la exploración física se encontró un recién nacido eutrófico bien hidratado con un peso de 4.5 kg, irritable, abdomen moderadamente

distendido, sin datos de irritación peritoneal y en la región genital, se observa una masa en la región inguinoescrotal derecha, dura, dolosa, no reducible, que no transilumina, sin cambios inflamatorios, se palpa testículo derecho de consistencia normal, región inguinoescrotal y testículo izquierdo normal, pene normal, se ingresa a la Sala de Observación del Instituto Hondureño de Seguridad Social con diagnóstico de hernia inguinal derecha encarcelada, manejándose con día sepan a 0.3 mg/kg dosis única y colocando al paciente en posición de trendelenburg invertida, con lo que se redujo la hernia en forma espontánea; una vez reducida se traslada a sala y se programa para hemioplastia electiva en 48 horas, 12 horas después de su ingreso, se nos reporta que el paciente presenta una apnea y que nuevamente se ha encarcelado la hernia, por lo que se programa para hemiorrafía inguinal derecha de emergencia encontrando una hernia inguinal derecha indirecta y 60 ml de líquido lechoso en su interior, el testículo derecho de aspecto normal, se observa salida de abundante cantidad de líquido quiloso por el conducto peritoneo vaginal, por lo que se realiza una laparotomía exploradora encontrando 500 ml de líquido quiloso libre en cavidad abdominal, no encontrando lesiones intestinales, tumoraciones linfáticas ni se identificó el

* Cirujano Pediatra, I.H.S.S., Hospital de Especialidades, Tegucigalpa, Honduras. **
Pediatra-Neonatóloga, I.H.S.S., Hospital de Especialidades.

sitio de la fuga del líquido quiloso. Durante el transoperatorio, presentó paro cardiorrespiratorio, secundario a la descompresión súbita de la cavidad abdominal, de un minuto de duración que respondió adecuadamente a las maniobras de reanimación. El citoquímico del líquido peritoneal reportó un aspecto turbio, sin coágulo, con 3500 células 100% mononucleares, glucosa 59 mg/dl, proteínas 9.3 mg/dl, sudan III reporta abundantes glóbulos de grasa y en el cultivo del líquido no hubo crecimiento bacteriano. El manejo postoperatorio fue con alimentación parenteral total durante 10 días, siendo dada de alta sin complicaciones; quince días después de iniciada la alimentación enteral se le efectuó un ultrasonido abdominal, el cual no reportó evidencia de reacumulación de líquido ascítico.

DISCUSIÓN

La ascitis quilosa es una entidad bastante rara en un caso reportado por Cochran y Col. (10) se recopilaron solamente 40 casos pediátricos entre 1960 y 1985. de igual manera Unger y Chandler (11) encontraron sólo 58 pacientes pediátricos en una revisión de la literatura de ascitis quilosa durante un período de treinta años.

Las anomalías congénitas del sistema linfático son la causa más común de ascitis quilosa pediátrica, representando más del 50% de los casos. Vasko and Tapper (4) en una revisión de 59 niños, enumeraron las siguientes etiologías: malformación congénita 39%, idiopática 31%, inflamación 15%, neoplásica 3%. La obstrucción mecánica como causa de ascitis quilosa, ha sido reportada por varios autores principalmente debido a malrotación intestinal, adherencias intestinales y hernia encarcelada (233,6). Otras causas descritas incluyen linfangiomas, quistes mesentéricos, linfadenopatías (tuberculosis) y trauma abdominal cerrado (12).

Los métodos diagnósticos deben incluir radiografías de tórax y de abdomen, ultrasonido de abdomen y si hay indicación pielograma intravenoso, serie gastrointestinal y tomografía axial computarizada o resonancia magnética de abdomen. Aunque la linfangiografía pedal usualmente no contribuye en la detección de defectos linfáticos mesentéricos, en niños mayores sin embargo se ha reportado la detección de otras anomalías del sistema linfático y fugas intraperitoneales (7). El aspecto del líquido peritoneal es claro en los recién nacidos y se torna turbio y lechoso después que se ha iniciado la alimentación enteral. El líquido de ascitis quilosa usualmente muestra un aumento total de grasas y triglicéridos, disminución de las proteínas, los glóbulos de grasa pueden ser teñidos a menudo con sudan

III. La cuenta total de leucocitos está usualmente aumentada, con predominio de linfocitos, particularmente células B.

Aproximadamente dos tercios de los lactantes y niños responden al manejo conservador no quirúrgico. Una dieta baja en grasas y alta en proteínas puede disminuir el drenaje linfático y por consiguiente la formación de ascitis quilosa. Aunque la ingesta de grasas ha sido limitada en la mayoría de los pacientes, a triglicéridos de cadena media, esto predispone a los pacientes a una deficiencia de ácidos grasos esenciales, por consiguiente es preferible el uso de alimentación parenteral total. El tracto gastrointestinal puede ser puesto en reposo completamente y las deficiencias nutricionales ser evitadas. Si no hay una respuesta favorable después de 4-6 semanas o la ascitis quilosa se vuelve a formar, después de reiniciar la alimentación normal, la intervención quirúrgica debe ser considerada. En pacientes en que el sitio de la fuga no puede ser identificado, el área alrededor de la raíz del mesenterio debe ser cuidadosamente identificada, después de que el colon, duodeno y páncreas han sido movilizados.

En niños en quienes los intentos médicos y quirúrgicos repetidos han fallado, una derivación peritoneal venosa, ya sea con la técnica de Leveen o de Denver, han reportado ser exitosas al menos temporalmente. En pacientes con etiologías bien definidas como hernia inguinal encarcelada, malrotación intestinal, quistes mesentéricos o trauma, al corregir el problema de base se resuelve la ascitis quilosa sin mayores dificultades.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mortón R. Phthissolagus. Ed. 2, London, W & j Innys. 1720.
2. Unger S.W., Chandler J.G. Chylosus ascitis in infant and children. *Surgery*. 1983;93:455-461.
3. Ryan J.A., Smith M.D. et al. Treatment of Chylous Ascitis with peritoneo-venous. *Shunt Am Surg*. 1981;47:384-386.
4. Vasco J.S., Tapper RI. Surgical significance of chylosus ascitis. *Arch Surg*. 1967;95:355-368.
5. Guttman F.M., Montapet Potal. Experience with peritoneo-venous shunting for congenital chylosus ascitis in infant and children. *J. Pediatric Surg*. 1982;17:368-372.
6. Shuartz DL, SD HB, et al. recurrent chylosus ascites associated with intestinal malrotation and lymphatic rupture. *J. Pediatric. Surg*. 1983;18:177-179.

Camiel MR, Benninghoff DL, et al. Chylous ascites with lymphographic demonstration of lymph leak into the peritoneal cavity. *Gastroenterology*. 1964;47:188-191.

Chang HT, Newkirk J. et al. Generalized lymphangiomas with chylous ascites treatment by peritoneus-venous shunting. *J. Pediatric.Surg*. 1980;14:748-750.

Loitennan DL, Leicker MA. Chylous ascites: an etiology of peritonitis in infancy. *J. pediatric. Surg*. 1995;20:538-540.

10. Cochran NJ, Klish WJ, Brown MR y col. Chylous ascites in infants and children; a case report and literature review. *J. Pediatric.Gastroenterol Nutr*. 1985;4:668-673.

11. Unger SW, Chandler JG. Chylous ascites in infants and children. *Surgery*. 1983;93:455-461.

12. Beal AL, Gunnley CM y col. Chylous ascites: a manifestation of blunt abdominal trauma in an infant. *J. Pediatric.Surg*. 1998;33:650-652.