

## Caso Clínico

## Colección quilosa subcutánea tras cirugía bariátrica

## Subcutaneous chylous collection after bariatric surgery

Pau Plá, Miguel Juan García-Oria, Mariano Artés, José Ángel Rivera, Natalia González, Víctor Sánchez.

Unidad de Cirugía Bariátrica. Hospital Universitario Puerta de Hierro. ✉ [paups88@gmail.com](mailto:paups88@gmail.com)

**Resumen:** Las colecciones quilosas subcutáneas son una complicación extremadamente rara tras la cirugía. Presentamos un caso de colección quilosa subcutánea tras un bypass gástrico laparoscópico en un varón de 56 años con obesidad mórbida. Su manejo fue conservador, con punciones repetidas.

**Palabras clave:** colección quilosa subcutánea, cirugía bariátrica, fistula quilosa.

**Abstract:** Subcutaneous chylous collections are an extremely rare complication after surgery. We present a case of chylous subcutaneous collection after a laparoscopic gastric bypass in a 56 year old male with morbid obesity. Their management was conservative, with repeated punctures.

**Keywords:** chylous subcutaneous collection, bariatric surgery, chylous fistula.

## Introducción

Las colecciones quilosas subcutáneas se deben a la salida de linfa desde los vasos linfáticos al tejido subcutáneo, debido a una fistula linfática. Éstas se definen por la presencia de un alto contenido en triglicéridos (1). Normalmente se asocian a cirugía a nivel cervical, torácico y/o abdominal, y con menos frecuencia tras linfadenectomía extensa (2). Presentamos un caso de una colección quilosa subcutánea tras cirugía bariátrica, sin haberse demostrado en las pruebas de imagen lesión intraabdominal asociada, ni fistula linfática subyacente. Revisada la bibliografía existente, no se han encontrado referencias similares.

## Material y método:

## Caso clínico:

Se trata de un paciente varón de 56 años con obesidad mórbida con un IMC 45.4 propuesto para cirugía bariátrica. Presenta las siguientes comorbilidades asociadas al síndrome metabólico: HTA y SAHS. Se propone una técnica mixta y se realiza un bypass gástrico laparoscópico en Y de Roux con un asa biliar de 120cm y un asa alimentaria de 150cm. El paciente inicia tolerancia el primer día postoperatorio sin incidencias. El 4º día postoperatorio comienza con

dificultad respiratoria, insuficiencia renal y signos de shock, por lo que se realiza un TAC de abdomen urgente que evidencia un hematoma retrogástrico de 14 x 10 cm.



Figura nº1: TAC que muestra el hematoma retrogástrico

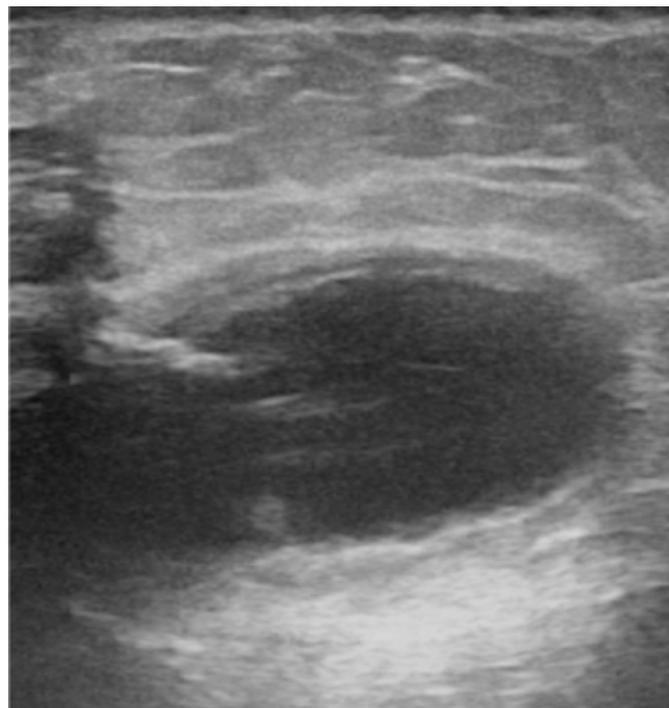
## Resultados

Ante la inestabilidad del paciente, se decide realizar una reintervención quirúrgica urgente, de inicio laparoscópico pero ante la imposibilidad de explorar adecuadamente la cavidad abdominal, se decide convertir a cirugía abierta mediante laparotomía subcostal bilateral. Se revisan tanto las anastomosis gastroyeyunal y el pie de asa, como el reservorio y el remanente gástrico, que no presentan signos de dehiscencia ni de sangrado activo. Se evacúa el hematoma y se realizan lavados de la cavidad abdominal, controlando de esta manera el foco séptico. Para el cierre de la pared, se coloca una malla de polipropileno supraaponeurótica. En el seguimiento el paciente presenta una infección de herida por lo que se realiza un pequeño desbridamiento de la misma.

Posteriormente el paciente precisa un largo ingreso en UCI, complicado con parálisis de cuerda vocal e insuficiencia respiratoria, aunque evoluciona favorablemente y es dado de alta el 33º día postoperatorio.

Tras un periodo de 2 años sin alteraciones a nivel de la cicatriz de la laparotomía, durante el seguimiento en consultas externas, el paciente presenta una masa dura en zona lateral izquierda de la cicatriz que simula una eventración, pero que con valoración ecográfica se evidencia una colección líquida de unos 8x9 cm, procediendo a su punción-evacuación, con salida de 60ml de material de aspecto lechoso. El análisis del líquido muestra una composición compatible con quilo (colesterol de 707 mg/dl y TG de 392 mg/dl), por lo que se realiza un TAC toracoabdominal que descarta complicaciones intraabdominales, evidenciando únicamente la recidiva de la colección subcutánea conocida ahora de 4x3cm.

Se procede en total a tres evacuaciones de la colección mediante punción percutánea guiada con ecografía, siendo la colección cada vez más pequeña, habiendo realizado la última punción a los tres años de la cirugía inicial.



**Figura nº2: Imagen ecográfica de la colección**



**Figura nº3: TAC que muestra la colección subcutánea**

## Discusión

El origen de una colección quilosa subcutánea suele ser una fístula quilosa o linfática. La fístula quilosa tras cirugía abdominal es una entidad poco frecuente. La mayor parte se deben a cirugía de la aorta abdominal y órganos retroperitoneales (3,4,5), aunque existen casos reportados tras cirugía bariátrica (6). Debe sospecharse tras la salida de líquido de aspecto lechoso a través de un drenaje o herida y confirmarse con un análisis bioquímico del mismo, en el que se suele evidenciar una concentración de triglicéridos elevada (7,8). Su manejo inicial suele ser conservador, intentando disminuir la producción de quilo mediante la dieta (sustituyendo las grasas por triglicéridos de cadena media, ya que éstos pasan directamente a la circulación sanguínea sin pasar por la linfática (9,10,11,12).

En nuestro caso no se trata de una fístula quilosa, sino de una colección subcutánea de alto contenido en triglicéridos, sin que en las pruebas de imagen se haya demostrado lesión linfática a nivel intraabdominal o fístula alguna. Es destacable en nuestro caso la aparición muy tardía de esta complicación a los dos años de la cirugía inicial, y sobre todo, la ausencia de lesión linfática clínicamente manifiesta, ya sea en el postoperatorio inmediato de las dos cirugías iniciales o en el seguimiento a largo plazo. Por lo tanto, desconocemos la etiología de la colección quilosa de nuestro paciente, aunque su localización en el lateral izquierdo de la laparomía subcostal, indudablemente hace pensar en una relación con la intervención quirúrgica. Podemos especular con la posibilidad de que la malla profiláctica de polipropileno en posición supraaponeurótica juegue algún papel, pues en las imágenes ecográficas está en relación con la colección quilosa. El manejo ha sido conservador, con punciones repetidas.

Revisada la bibliografía existente no se ha encontrado ningún caso similar descrito, por lo que no podemos compararlo con el nuestro

## Conclusiones

Las colecciones quillosas subcutáneas posquirúrgicas son una entidad extremadamente rara, que pueden aparecer tras cirugía bariátrica pudiendo ser manejadas de manera conservadora en base a nuestra experiencia con el caso presentado.

## Agradecimientos

Agradecemos al resto del personal de la Unidad de Cirugía Bariátrica del Hospital Universitario Puerta de Hierro, su implicación en este caso, y especialmente a nuestros compañeros Dra. Sánchez Ramos, Dr. García

Pavía y a nuestras instrumentistas Isabel Alonso e Inmaculada Romero.

## Bibliografía

1. Hidalgo J E, Ramirez A, Patel S, et al. Chyloperitoneum after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass (LRYGB). *Obes Surg* 2010; 20(2):257-260.
2. Rico A A, Vicente G F, Pérez O F, et al. Chylous fistula following lymphadenectomy in breast cancer. *Anales del sistema sanitario de Navarra* 2013; (Vol. 37, No. 3, pp. 441-444).
3. García-Correa G, Aguilar-Sibila C A, Murguía-Corral R, Espinosa de los Monteros P. Manejo conservador de fístula linfática post-quirúrgica. *Cir Cir* 2015; 73(4):307-310.
4. Manolitsas TP, Abdessalam S, Fowler JM. Chylous ascites following treatment for gynecologic malignancies. *Gynecol Oncol* 2002; 86:370 – 4.
5. Madding GF, McLaughlin RF, McLaughlin RF Jr. Acute chylous peritonitis. *Ann Surg* 1958; 147(3):419–22.
6. Hanson M, Chao J, Lim R B. Chylous ascites mimicking peritonitis after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass for morbid obesity. *Surg Obes Relat Dis* 2012; 8(1):e1-e2.
7. Leibovitch I, Mor Y, Golomb J, Ramon J. The diagnosis and management of postoperative chylous ascites. *J Urol* 2002; 167(2):449-457.
8. Glickman RM, Rajapaksa R. Abdominal swelling and ascites, Chapter 44. In: Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J, editors. *Harrison's principles of internal medicine*. 17th ed. New York: McGraw-Hill; 2008
9. Press O W, Press N O, Kaufman S D. Evaluation and management of chylous ascites. *Ann Intern Med* 1982; 96(3):358-364.

10. Olivar Roldán J, Fernández Martínez A, Martínez Sancho E, Díaz Gómez J, Martín Borge V, Gómez Candela C. Tratamiento dietético de la ascitis quilosa postquirúrgica: caso clínico y revisión de la literatura. *Nutr Hosp* 2009; 24(6):748-750.
11. Alonso A R, Blanco A G, López A B, Martín C B, López M F, Pérez M A C. Ascitis quilosa tras nefrectomía radical y linfadenectomía retroperitoneal. *Actas Urol Esp* 2009; 33(2):192-196.
12. Neveuc R, Fernández R, Buchcholtz M, González M, Trujillo C, Oddó D. Manejo conservador de la fístula quilosa postoperatoria con somatostatina: Report of three cases. *Rev Chil Cir* 2006; 58(3):219-223..