

**Medicent Electrón. 2025;29:e4238****ISSN 1029-3043**

Informe de Caso

Evolución clínica de la ascitis quilosa no traumática en paciente con linfoma no Hodgkin

Clinical evolution of non-traumatic chylous ascites in a patient with non-Hodgkin lymphoma

Jorge Miranda Chaviano^{1*}<https://orcid.org/0000-0001-8458-9526>

Deniel Pérez Velázquez¹<https://orcid.org/0000-0001-8668-8130>

Carmen Patricia Alfonso González¹<https://orcid.org/0000-0003-1468-4661>

¹Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Cuba.

*Autor para la correspondencia: Correo electrónico: jorgemirch@infomed.sld.cu

RESUMEN

La ascitis quilosa se define como la presencia de linfa o quilo en la cavidad abdominal, provocada por la disrupción u obstrucción de la circulación linfática a nivel torácico o abdominal. El pronóstico depende principalmente de la causa y en general se caracteriza por una elevada mortalidad. La causa más frecuente es la traumática; aunque también puede ser atraumática. Se presenta un paciente masculino de 66 años con una ascitis quilosa, diagnosticado con un linfoma no Hodgkin. La presentación clínica, junto al estudio citoquímico del líquido ascítico,



permitió corroborar, mediante biopsia ganglionar, el diagnóstico definitivo. El paciente evolucionó favorablemente con quimioterapia.

DeCS: ascitis quilosa; linfoma no Hodgkin; linfoma folicular.

ABSTRACT

Chylous ascites is defined as the presence of lymph or chyle in the abdominal cavity caused by disruption or obstruction of lymphatic circulation at the thoracic or abdominal level. The prognosis depends mainly on the cause and is generally characterized by high mortality. The most common cause is traumatic although it can also be atraumatic. We present a 66-year-old male patient with chylous ascites who was diagnosed with non-Hodgkin lymphoma. Clinical presentation together with cytochemical study of the ascitic fluid allowed us the definitive diagnosis to be confirmed by lymph node biopsy. Patient evolved favourably with chemotherapy.

MeSH: chylous ascites; lymphoma non-Hodgkin; lymphoma, follicular.

Recibido: 3/08/2024

Aprobado: 3/02/2025

La ascitis quilosa (AQ) se define como la presencia de linfa o quilo en la cavidad abdominal, como consecuencia de la disrupción u obstrucción de la circulación linfática a nivel torácico o abdominal. La causa más frecuente es la traumática; aunque también puede ser atraumática.^(1,2) Su incidencia real se desconoce; sin embargo, se presenta entre 1:18 000-1:20 000 admisiones hospitalarias.^(1,3) El diagnóstico probable se manifiesta al obtener un líquido de aspecto lechoso por medio de paracentesis; y se confirma con el análisis bioquímico, que detecta niveles de triglicéridos por encima de 200 mg/dl (2,25 mmol/l).^(2,3,4)



El pronóstico depende principalmente de las causas. Estas se pueden calificar en los adultos como: portal (prehepática, hepática y posthepática) y no portal (congénita, inflamatoria, infecciosa, neoplásica, postoperatoria y traumática).⁽⁵⁾ En general presenta una elevada mortalidad (43-88 %), debido a complicaciones sépticas, nutricionales e inmunológicas; sobre todo la secundaria a neoplasia maligna; la secundaria a cirugía abdominal conlleva un pronóstico más favorable, con menor mortalidad (7,7-11 %).^(1,3)

Se presenta el cuadro clínico de un paciente con AQ no traumática, con el objetivo de describir una forma poco común de manifestarse dicha afección, dada en menos del 1 % de los individuos que la padecen.⁽⁶⁾ En este caso se diagnosticó una enfermedad oncológica con buena respuesta al tratamiento con quimioterapia y evolución satisfactoria un año después del diagnóstico.

Presentación del paciente

Paciente masculino de 66 años, sin hábitos tóxicos y con antecedentes de fibrosis e hipertensión pulmonar, a causa de la COVID-19, padecida 3 años antes; por lo cual se trata con furosemida, espironolactona y sildenafil. Desde el mes de agosto del 2022 presentaba cansancio fácil, disnea y edema en miembros inferiores. Ingresó el 15 de febrero de 2023 en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario «Dr. Celestino Hernández Robau» de Santa Clara, con impresión diagnóstica de linfangitis crónica agudizada en miembro inferior derecho; y se inició tratamiento con sulfametoxazol/trimetoprima, 800/160 mg cada 12 horas.

Al examen físico del aparato respiratorio, se percibió el murmullo vesicular disminuido en la base derecha, sin estertores y frecuencia respiratoria de 24 respiraciones por minuto. Los ruidos cardiacos eran rítmicos, de buen tono y sin soplos, la frecuencia cardiaca de 94 latidos por minuto y la presión arterial de 110/80 mmHg.



Ambos miembros inferiores presentaban edemas hasta el nivel de las rodillas, duros, calientes y con rubor en el miembro inferior derecho. Resultaba significativo el abdomen globuloso con maniobra de Tarral positiva, sin que pudiera definirse la existencia de visceromegalia. En la región inguinal derecha, se palpaba adenomegalia de aproximadamente tres centímetros, de consistencia firme, no adherida a planos profundos e indolora.

Los resultados de los exámenes de hematología fueron los siguientes: hematocrito (0,43 L/L), leucocitos ($6,6 \times 10^9/L$), neutrófilos (0,54), linfocitos (0,44), eosinófilos (0,02) y plaquetas ($170 \times 10^9/L$).

Los resultados de la química sanguínea fueron: glicemia (6,8 mmol/L), creatinina (107 $\mu\text{mol/L}$), ácido úrico (574 $\mu\text{mol/L}$), colesterol (4,2 mmol/L), triglicéridos (1,0 mmol/L), ALT (9 UI), AST (14 UI), LDH (754 UI), fosfatasa alcalina (61 UI), proteínas totales (55 g/L) y albúmina (32 g/L).

El resultado del coagulograma indicó un tiempo de coagulación y sangramiento normales con coagulo retráctil.

La radiografía de tórax postero-anterior mostró un derrame pleural derecho de pequeña cuantía, borramiento del ángulo costofrénico izquierdo e índice cardiorácico normal.

En el ultrasonido abdominal se observaron múltiples litiasis en vesiculares, hígado con aumento de la ecogenicidad grado III, uniforme, sin lesión focal y líquido libre en cavidad abdominal.

El electrocardiograma mostró ritmo sinusal y bajo voltaje sin otras alteraciones. Se realizó ecocardiograma que informó la presencia de un corazón hiperdinámico, con fracción de eyección de 60 %, patrón de relajación prolongado del ventrículo izquierdo, curva de flujo pulmonar de tipo II, dilatación del ventrículo derecho y colapso de la vena cava inferior mayor del 50 %; el resto de los parámetros eran normales.

Se realizó tomografía axial de tórax y abdomen, ambas confirmaron la presencia de derrame pleural bilateral, de mayor cuantía del lado derecho. Se informó



además, hiperdensidad con broncograma aéreo en la base derecha, de aspecto inflamatorio y adenopatías mediastínicas prevasculares de 5 mm de diámetro y hasta 7 mm en la ventana aorto-pulmonar. En el abdomen se observaron adenopatías retroperitoneales y periaórticas de hasta 47 mm de diámetro y gruesas adenopatías inguinales, la mayor de 36 mm de diámetro. También se evidenció la presencia de abundante líquido libre en la cavidad abdominal. (Figura 1)

En el estudio del citoquímico del líquido ascítico, de aspecto turbio, se encontraron 40 células con predominio de linfocitos. La prueba de Rivalta fue positiva. Los parámetros de glucosa (9,7 mmol/L), de colesterol (2,5 mmol/L) y de triglicéridos (5,8 mmol/L). En el estudio bacteriológico no hubo crecimiento y en el citológico se observaron linfocitos maduros y células mesoteliales reactivas. Se realizó exéresis de ganglio inguinal derecho para estudio y se egresó el paciente para seguimiento ambulatorio.

La biopsia del ganglio inguinal mostró infiltración por proceso linfoproliferativo maligno de tipo linfoma folicular no Hodgkin (patrón de crecimiento folicular mayor del 75 %), con extensa esclerosis interfolicular grado I y extensión extraganglionar. El informe de inmunohistoquímica concluyó linfoma folicular grado I y las proteínas CD20 y BCL2 positivas. (Figura 2)

El paciente comenzó tratamiento con poliquimioterapia y evolucionó favorablemente hacia un estado clínico asintomático.





Figura 1. A: paciente con ascitis. B: líquido ascítico obtenido por paracentesis.

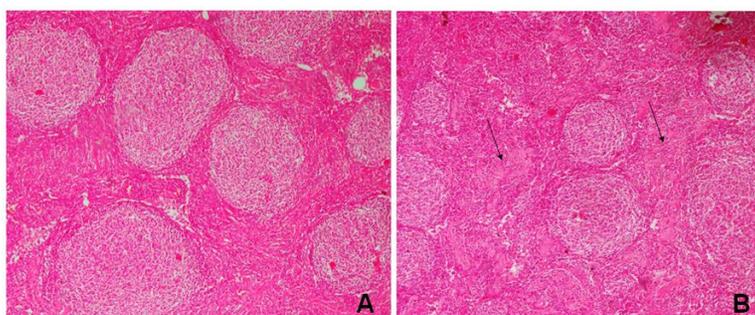


Figura 2. A: linfoma folicular no Hodgkin con patrón de crecimiento folicular en más de un 75 %. B: linfoma folicular no Hodgkin. Se observa esclerosis interfolicular (flechas negras). B-694-23 HCHR. H/E 10X.

Comentario

Existen varios factores que posibilitan el desarrollo de AQ: la obstrucción del flujo de líquido linfático provocado por una masa o inflamación, la linfa que exuda a través de las paredes de vasos retroperitoneales dilatados sin válvulas y la obstrucción traumática del conducto torácico, que provoca una fuga directa de linfa a través de una fístula linfoperitoneal.⁽⁷⁾

Las causas más frecuentes, en países de altos ingresos, son las neoplasias malignas abdominales, como el linfoma y la cirrosis; mientras que en países de bajos y medianos ingresos, son más frecuentes las causas infecciosas como la tuberculosis y filariasis.^(6,7)

El estudio del líquido ascítico mediante paracentesis es la prueba de diagnóstico más útil.^(7,8,9) Este suele ser negativo para malignidad, debido a que el mecanismo por el cual llega a la cavidad abdominal, es generalmente la compresión mecánica a nivel de la cisterna de Pecquet.⁽¹⁰⁾

El paciente que se presenta ingresó con un cuadro de linfangitis crónica agudizada y adenomegalias en regiones inguinales. El síndrome ascítico de gran magnitud y la obtención de un líquido ascítico quiloso, indicaba una posible etiología maligna; de ahí la necesidad de realizar exéresis y biopsia ganglionar.

Ante la presencia de fluidos quilosos es indispensable detectar la causa, clave para instaurar un tratamiento específico y estimar el pronóstico del caso.⁽⁸⁾ Es importante resaltar que esta enfermedad produce deficiencias nutricionales, inmunológicas y metabólicas; lo que torna necesario un adecuado soporte nutricional.

Una dieta rica en proteínas, baja en grasas y con triglicéridos de cadena media ha demostrado ser beneficiosa. Además de las medidas dietéticas, el tratamiento debe incluir el uso de agentes farmacológicos e intervenciones percutáneas o quirúrgicas, según el caso. Estas últimas deben lograr el alivio sintomático y combatir la causa que provoca la AQ.^(6,7,9) También deben evitarse las paracentesis repetidas.⁽¹⁰⁾

Puede decirse que la AQ es una enfermedad rara; sin embargo, la presentación clínica y el estudio citoquímico del líquido ascítico, permitió predecir y corroborar el diagnóstico etiológico definitivo mediante biopsia ganglionar, en el caso que se presenta.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez Sobrino P, Rodríguez Cañete BL, Díaz Trastoy O, Vázquez-Temprano N, Murcia Murcia C, Rodeiro Marta SE. Manejo de la ascitis quilosa y revisión de la literatura. Nutr Clín Diet Hosp [Internet]. 2022[citado 2024 jun. 3];42(1):126-33. Disponible en: <https://revista.nutricion.org/index.php/ncdh/article/view/222>
2. Flores Cruz G, Águila Gómez MV, Lazo Vargas A, Marconi Poma ER. Ascitis quilosa o quiloperitoneo, un desafío diagnóstico y un reto en el tratamiento conservador para el cirujano general. Presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev Med La Paz [Internet]. 2021[citado 2024 jun. 3];27(1):47-53. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v27n1/v27n1_a08.pdf
3. Santos Pérez LA, Milián Hernández G. Ascitis quilosa. Informe de dos casos. Acta Médica del Centro [Internet]. 2018[citado 2024 jun. 3];12(4):461-470. Disponible en:
<https://revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/990/1205>
4. Fuenmayor M, Coronado A, Ferreira S, González MA. Ascitis quilosa como forma de presentación de linfoma no Hodgkin: Reporte de un caso. Revista GEN [Internet]. 2021[citado 2024 jun. 3];75(3):125-29. Disponible en:
<https://www.revistagen.com/index.php/GEN/article/view/595/pdf>
5. Odriozola Guitart A, Treviño González J. Causas infrecuentes de ascitis: Reporte de 5 casos. Rev Habanera Cienc Méd [Internet]. 2021[citado 2024 jun. 3];20(5):[cerca de 7 pantallas]. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v20n5/1729-519X-rhcm-20-05-e4392.pdf>
6. Roa Colomo A, Caballero Mateos AM, Vidal Vílchez B, Cervilla Sáez de Tejada ME. Varón de 60 años que debuta con ascitis quilosa. RAPD ONLINE [Internet]. 2021[citado 2024 jun. 3];44(2):69-71. Disponible en:
<https://www.sapd.es/revista/2021/44/2/07>



7. Vera-Portilla AF, Arenas Ramírez R, Quispe Ala P, Vera-Portilla W, Galdós JL, Cornejo Valencia D. Abdomen agudo por ascitis quilosa secundaria a pancreatitis aguda: reporte de un caso. Acta Med Perú [Internet]. 2021[citado 2024 jun. 3];38(3):210-18. Disponible en:

<https://amp.cmp.org.pe/index.php/AMP/article/view/2074/1413>

8. Valenzuela MJ, Jofré P, Reimer C, Valdés S, Grassi B. Manejo nutricional de ascitis quilosa: Serie de casos y revisión de la literatura. Rev Chil Nutr [Internet]. 2020[citado 2024 jun. 3];47(6):1038-42. Disponible en:

<https://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v47n6/0717-7518-rchnut-47-06-1038.pdf>

9. Cervantes Pérez E, Cervantes Guevara G, Villaseñor Ochoa A, Robledo Valdez M, Padilla Rubio MF, Ramírez Casale FI, et. al. Aspectos médico-nutricionales en ascitis quilosa: Consideraciones actuales en la práctica clínica. Rev Mex Endocrinol Metab Nutr [Internet]. 2022[citado 2024 jun. 3];(9):175-84. Disponible en: https://www.revistadeendocrinologia.com/files/rme_22_9_4_175-184.pdf

10. García Redondo M, Rico Morales MM, Lorenzo Liñán MA, Torres Melero J, Reina Duarte A. Ascitis quilosa, una entidad poco conocida. Etiopatogenia y manejo. Cirugía Andaluza [Internet]. 2023 [citado 2024 jun. 3];34(2):189-91. Disponible en:

https://www.asacirujanos.com/documents/revista/pdf/2023/Cir_Andal_vol34_n2_17.pdf

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

