

Comunicación breve

Ascitis quilosa por maltrato

Dres. Jorge Hauri*, Hector Pelusso*, Daniela Perli*, José Pujol*, Luis Miraglia* y Roque Malvasso*

Resumen

La ascitis quilosa es la acumulación de líquido quiloso en la cavidad peritoneal. Puede ser primaria (defectos congénitos) o secundaria (obstrucción, traumatismos, etc.).

Es nuestro objetivo poner en conocimiento una forma poco común de presentación de síndrome de maltrato infantil.

Se presenta una niña de un año de edad, que ingresó a nuestro hospital por presentar un cuadro de maltrato infantil con distensión abdominal.

Se realizaron estudios de laboratorio, diagnóstico por imágenes y una paracentesis de abdomen que arrojó como resultado un líquido compatible con quilo.

Con el diagnóstico de ascitis quilosa se realizaron estudios complementarios que confirmaron un traumatismo abdominal por síndrome de maltrato infantil.

La paciente evolucionó favorablemente con ayuno y nutrición parenteral por un período de un mes, y posteriormente con realimentación con dieta hipograsa.

Es de hacer notar que la revisión bibliográfica demostró que de 41 casos de ascitis quilosa en edad pediátrica, 10% fueron secundarios a maltrato. Si tomamos el rango de edades de 2 meses a 2 años este porcentaje aumenta a 44%.

Palabras clave: ascitis quilosa, maltrato infantil.

Summary

Chylous ascites is the accumulation of chylous fluid in the peritoneal cavity. It can be primary (congenital) or secondary (acquired), due to trauma or obstruction. We present a child who developed a chylous ascites resulting from child abuse. This one year old female infant was admitted to our hospital with suspicion of child abuse syndrome and abdominal distention.

Laboratory tests, radiographic examination and paracentesis showed the presence of chylous fluid in the abdomen.

Complementary exams confirmed the diagnosis of abdominal trauma secondary to child abuse. The outcome was good; the girl underwent fasting and parenteral nutrition for one month, and refeeding with a low fat diet.

In this case, paracentesis has shown to be useful for the differential diagnosis of ascites of unknown origin, as well as treatment with parenteral nutrition and fasting.

Key words: chylous ascites, child abuse.

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 1 año de vida, de sexo femenino, que ingresó a la sala de clínica del Hospital Sor María Ludovica de La Plata traída por su tía, por presentar un cuadro de deterioro importante del estado general, hematomas múltiples en miembros y cara y distensión abdominal.

A su ingreso se encontraba en regular estado general, talla en el percentilo 50, perímetro cefálico en el percentilo 50, peso en percentilo 50.

Presentaba múltiples hematomas en cara, en distintos estadios evolutivos, abdomen globuloso, distendido, circulación colateral a predominio de hemiabdomen superior, eversión umbilical, percusión timpánica en epigastrio y matidez en el resto, lo que delimitaba un área de concavidad superior. Palpación indolora. Perímetro abdominal: 54 cm. Ruidos hidroaéreos positivos.

Hematomas en miembros inferiores.

Genitales sin particularidades.

Presentaba antecedentes perinatólogicos sin importancia. Su padre estaba desocupado, con antecedentes de ser golpeador, sin serología para VIH; la madre sin antecedentes que destacar.

Al ingreso, el cuadro se interpretó como síndrome de maltrato infantil y ascitis de etiología desconocida.

Se realizó una ecografía abdominal, para observar el estado de las vísceras y órganos macizos y se constató abundante líquido libre en cavidad con ecos en su interior.

La uretrocistografía miccional, realizada para descartar ascitis urinosa, mostró una vejiga indemne.

Se realizaron Rx de huesos largos sin particularidades, Rx de tórax con callos óseos en 7° y 8° costillas derechas y 9° costilla izquierda. Estos estudios

* Hospital de Niños "Sor María Ludovica", La Plata, provincia de Buenos Aires.

Correspondencia:
Dr. José M. Pujol.
Calle 8 N° 1290 (y 519).
La Plata. Provincia de Buenos Aires.

radiográficos se realizaron para certificar el maltrato.

Se solicitaron hemograma, hepatograma, función renal, amilaseamia con resultados dentro de los parámetros normales, proteínas totales de 64 g/l y albúmina de 34 g/l.

Al segundo día de su internación se realizó paracentesis; se obtuvo un líquido opalescente, blanquecino, turbio, no purulento, con triglicéridos de 2.880 g/l y 4.300 linfocitos/mm³.

Para descartar tuberculosis se realizó PPD que fue negativa, la tomografía axial computada (TAC) de tórax fue no significativa, la TAC de abdomen mostró importante cantidad de líquido libre en cavidad abdominal que, por sus características densitométricas y antecedentes, se sospechó de origen linfático.

La serología para VIH fue negativa al igual que la VDRL.

Como tratamiento de la ascitis quilosa se indicó ayuno y nutrición parenteral, la cual comenzó al 6° día de la internación.

Con el objeto de evaluar la anatomía linfática y descartar anomalías congénitas se solicitó una linfocentellografía radioisotópica que, por problemas técnicos, no se realizó hasta el día 25 de internación. Ésta mostró circulación linfática desde miembros inferiores en tiempos normales, en marcación simétrica de cadenas ganglionares. No se detectó actividad intraperitoneal, ni siquiera en imágenes retardadas, descartando malformación congénita. Si se hubiese realizado precozmente se podría haber detectado el sitio de filtración.

Se presumió como causa de la ascitis el traumatismo abdominal cerrado con lesión linfática en la base del mesenterio.

La niña evolucionó favorablemente con nutrición parenteral y ayuno durante un mes y luego con realimentación lenta con dieta hipograsa.

Al alta presentaba un perímetro abdominal de 41 cm.

Se dio intervención desde el momento de internación a Psicopatología y Servicio Social de nuestra sala.

DISCUSIÓN

Storno y col.¹ fueron los primeros en describir el síndrome de maltrato infantil como causa de ascitis quilosa en 1966.

En el caso que presentamos, los resultados negativos de los estudios radiológicos para constatar malformaciones congénitas, así como las lesiones en piel (hematomas en cara y miembros) y la situación familiar inclinaron el diagnóstico hacia la causa traumática por maltrato. El síndrome de maltrato infantil se encuentra en un 10% de los casos de ascitis quilosa revisados por Cochran y colaboradores.² Es de hacer notar que los casos de ascitis quilosa secundarios a trauma intencional o no intencional se han incrementado en las últimas tres décadas.

La ascitis quilosa se produce como consecuencia de la extravasación de quilo en la cavidad peritoneal.³

La ascitis lechosa se subdivide en tres grupos:

La verdadera ascitis quilosa: definida por la

FIGURA 1. Vista de perfil, de la paciente sentada. Obsérvense la distensión abdominal y la circulación colateral



presencia de líquido ascítico con un alto contenido de triglicéridos, generalmente con valores superiores a 200 mg%.

La *ascitis quiliforme*: con líquido ascítico rico en lecitina (globulina compleja debida a degeneración grasa celular) y

La *ascitis pseudoquillosa*: líquido ascítico lechoso en apariencia, debido a la presencia de pus.³

La ascitis quillosa verdadera se puede clasificar en:

1. Primaria: por defectos congénitos del sistema linfático, se manifiesta generalmente durante el primer año de vida.
2. Secundaria: puede ocurrir en cualquier etapa de la vida,⁴ debido a:^{2,3,5}
 - Obstrucción linfática: por neoplasias (especialmente linfomas), TBC abdominal, irradiación pelviana, linfadenopatías (adenitis mesentérica), cirrosis, traumatismos: accidentales (penetrantes - no penetrantes), inten-

cionales: síndrome de maltrato, cirugía abdominal (apendicitis, invaginación, hernia inguinal incarcerada, diálisis peritoneal, etc.).

Se debe enfatizar que el hallazgo de ascitis quillosa debe sugerir una forma insospechada de maltrato infantil (causante de más del 10% de los casos de ascitis informados⁴ y de más del 44% de aquellos informados en niños de 2 meses a 2 años). En los casos de ascitis quillosa traumática, el sitio más frecuentemente afectado es la base del mesenterio.²

La distensión abdominal es el hallazgo más común, aunque pueden observarse dolor abdominal, astenia, anorexia, náuseas y vómitos, diarrea, disnea, saciedad precoz, aumento de peso, linfadenopatías, fiebre y sudoración nocturna.^{2,3,5-7} Cuando la ascitis se torna masiva, podemos observar edema escrotal, hernia umbilical e inguinal, edema en extremidades e incluso cuadros de atelectasia pulmonar.⁶

Para el diagnóstico son útiles los siguientes parámetros:

- *Líquido de paracentesis*: Características: inoloro, color lechoso o blanco si el paciente no ingiere grasas por un tiempo, densidad: 1.010-1.015, contenido grasa: 4-40 g/l (se pueden observar glóbulos de grasa), triglicéridos: 218-8.100 mg/dl, glucosa y amilasa: normales, colesterol disminuido, recuento de GB: 232-2.560 cél/mm³ (con marcado predominio linfocítico), proteínas: 20-60 g/l, vitaminas liposolubles (es la vía de entrada de la vitamina K), cultivos: generalmente negativos.
- Rx de tórax, ecografía abdominal (confirma la ascitis y excluye masa abdominal).^{2,4,6} TC toracoabdominal. Linfangiografía (difícil en los primeros años de vida debido a que no se observan los vasos mesentéricos), tránsito gastrointestinal, pielografía IV, linfografía radioisotópica.
- Biopsia de ganglios linfáticos.
- Laparotomía exploradora, diagnóstica y en ocasiones, terapéutica.
- Biopsia intestinal, que permite descartar linfangiectasia intestinal.²

El pronóstico está íntimamente relacionado con el tratamiento y la causa subyacen-

FIGURA 1. Vista de la paciente de pie.



te. Ha mejorado gracias a los diagnósticos por imágenes más eficaces, los avances en la terapia nutricional y un mejor enfoque o planteo quirúrgico, con lo que se ha logrado descender la mortalidad global en los últimos 20 años de un 30% a un 12%.²

Si bien la mayoría de los niños mejorará espontáneamente, el tratamiento instituido debe ser precoz e intensivo para reducir al mínimo la morbilidad.

Debe enfocarse desde tres áreas: a) mejorar o mantener el estado nutricional del paciente, b) disminuir la formación de quilo, y c) corregir el desorden de base. El tratamiento inicial es conservador.²

- La dieta debe ser hiperproteica e hipograsa con suplementos de triglicéridos de cadena mediana (TCM). Estos se absorben directamente hacia la circulación portal, evitando los linfáticos y disminuyendo así el flujo.⁸ Se deben agregar vitaminas liposolubles A, D, E y K.²
- Si la dieta falla, deben suspenderse por completo los alimentos e iniciar nutrición parenteral total (NPT). Incluso si se obtiene rápida respuesta con la NPT, este tratamiento debe continuarse durante 3 o 10 semanas para evitar la recurrencia.^{2,3,9} La vía de acceso debería encontrarse en la subclavia derecha, ya que el conducto torácico usualmente desemboca en la subclavia izquierda.²
- Los análogos de la somatostatina han demostrado cierta efectividad para reducir la linforragia y debe proponerse su uso antes de considerar la opción quirúrgica.⁵
- Se han realizado derivaciones peritoneo-venosas y peritoneosubcutáneas, permitiendo la recirculación del líquido quiloso, con buena respuesta en algunos casos.^{8,10,11}
- La laparotomía no debe emplearse en niños con ascitis quilosa a menos que no respondan a la terapéutica conservadora y se haya identificado una lesión suscep-

tible de corrección quirúrgica (quiste mesentérico, malrotación, etc.).^{2,3,6}

Es importante destacar como propósito último de esta comunicación la presentación de la ascitis quilosa como una forma más del síndrome de maltrato infantil.

Nuevamente, recordemos que el maltrato infantil se presenta en todas las clases sociales y los profesionales de la salud siempre deben tenerlo en cuenta para hacer un diagnóstico temprano y una intervención oportuna. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Storno A, Anastasi G, Wentheimer H, Ropers C. Traumatic chyloous ascites. *Arch Surg* 1996; 92:115-117.
2. Cochran W, Klish W, Brown M, Lyons J, Curtis T. Chyloous ascites in infants and children: a case report and literature review. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1985; 4: 668-673.
3. Raghuraman V, Al Samman M, Talavera F. Chyloous ascites. American College of Gastroenterology. New York Medical College, 2001.
4. Olazagasti J, Fitzgerald J, White S, Chong S. Chyloous ascites: a sign of unsuspected child abuse. *Pediatrics* 1994; 94: 737-739.
5. Laterre P, Dugernier T, Reynaert M. Chyloous ascites: diagnosis, causes and treatment. *Acta Gastroenterol Belg* 2000; 63(3): 260-263.
6. Subba Rao S. Chyloous ascites in a neonate. *Abdominal distension and failure to thrive. Pediatr Arch* 2000; [s/d].
7. Pan C, Tsai F, Tsai C. Chyloous ascites: report of one case. *China Medical College Hospital. Zhonghua Min Guo Xiao Er Ke Yi Xue Hui Za Zhi* 1995; 36(1): 47-9.
8. Gross J, Goldenberg V, Humphreys E. Venous remnants producing neonatal chyloous ascites. *Pediatrics* 1961; 27: 408-414.
9. Dillard R, Stewart A. Total parenteral nutrition in the management of traumatic chyloous ascites in infancy. *Clin Pediatr (Phila)* 1985; 24(5): 290-2.
10. Guttman F, Montupet Ph, Bloss R. Experience with peritoneo-venous shunting for congenital chyloous ascites in infants and children. *J Pediatr Surg* 1982; 17(4): 368-372.
11. Rosen F, Smith D, Earle R, Janeway Ch, Gitlin D. The etiology of hypoproteinemia in a patient with congenital chyloous ascites. *Harvard Medical School. Pediatrics* 1962; 30: 696-706.