

## QUILOASCITIS POST HISTERECTOMÍA: UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE

SOFIA MONTIEL<sup>1</sup>, CRISTINA PASACA<sup>1</sup>, MELINA LOPEPE<sup>1</sup>, FERNANDO GOROSITO<sup>2</sup>,  
AGUSTINA RUBIÑO<sup>1</sup>, PEDRO WAINER<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Clínica Médica, <sup>2</sup>Servicio de Cirugía Ginecológica, Sanatorio Otamendi Miroli,  
Buenos Aires, Argentina

**Dirección postal:** Pedro Wainer, Servicio de Clínica Médica, Sanatorio Otamendi y Miroli, Azcuénaga 870, 1115 Buenos Aires, Argentina

**E-mail:** wainerp@otamendi.com.ar

**Recibido:** 29-VII-2025

**Aceptado:** 6-X-2025

### Resumen

La quiloascitis es la presencia de líquido peritoneal de aspecto lechoso rico en triglicéridos de origen linfático. Dentro de las causas más frecuentes se encuentran la lesión linfática postquirúrgica, neoplasias linfáticas o sólidas y la cirrosis. La aparición de quiloascitis posterior a histerectomía es muy poco frecuente.

Los mecanismos fisiopatológicos que causan la acumulación de linfa son: la obstrucción del flujo linfático debido a origen neoplásico o lesiones del conducto torácico adquirida por traumatismo o procedimientos quirúrgicos.

Se presenta el caso de una mujer de 32 años, con antecedentes de adenocarcinoma de cuello, tratada quirúrgicamente, que consultó por distensión abdominal. El diagnóstico fue quiloascitis, confirmado por paracentesis. Recibió tratamiento con octotride con mejoría clínica y evolución favorable.

**Palabras clave:** quiloascitis, oncología, cáncer cervical, linfadenectomía

### Abstract

*Post-hysterectomy chyloascites: A rare complication*

Chyloascites is the presence of milky peritoneal fluid rich in triglycerides of lymphatic origin. The most common causes include postoperative lymphatic

injury, lymphatic or solid neoplasia, and cirrhosis. The occurrence of chyloascites after hysterectomy is very rare.

The pathophysiological mechanisms that cause lymph accumulation include obstruction of lymphatic flow due to neoplastic origin or thoracic duct injuries acquired through trauma or surgical procedures.

We present the case of a 32-year-old woman with a history of cervical adenocarcinoma, treated surgically, who presented with abdominal distension. The diagnosis was chyloascites, confirmed by paracentesis. She received treatment with octotride with clinical improvement and favorable outcome.

**Key words:** chyloascites, oncology, cervical cancer, lymphadenectomy

La quiloascitis como complicación de una histerectomía es sumamente infrecuente, con escasos casos reportados en la literatura.

En este trabajo se presenta el caso de una paciente que desarrolló quiloascitis en postoperatorio de una histerectomía, con el propósito de describir su evolución clínica, el proceso diagnóstico y las decisiones terapéuticas adoptadas. Asimismo, se realizó una revisión de la literatura disponible con el fin de contribuir al conocimiento sobre esta complicación infrecuente y resaltar la importancia de su reconocimiento precoz en la práctica clínica.

## Caso clínico

Mujer de 32 años de edad, sin antecedentes de relevancia, consultó por dispareunia y sangrado poscoital. Se realizó colposcopia y Papanicolaou con diagnóstico de cáncer de cuello uterino (adenocarcinoma estadificación FIGO IB1).

Se sometió a histerectomía radical con salpingectomía bilateral y linfadenectomía pelviana bilateral con un total de 13 ganglios pelvianos, con preservación de ovarios; sin evidencia de metástasis intracavitarias. No presentó complicaciones en el postoperatorio inmediato.

Consultó 4 meses después de la cirugía por distensión abdominal de 20 días de evolución. Al examen físico, presentaba una presión arterial 90/60 mm/Hg, frecuencia cardíaca 80 latidos por minuto. Abdomen distendido, no doloroso, ruidos hidroaéreos presentes, matidez desplazable. Semiología cardiopulmonar normal. No se palpaban adenopatías periféricas ni esplenomegalia. Sin estigmas de hepatopatía crónica.

Se efectuó ecografía abdominal que evidencia líquido libre en cavidad abdominal y

tomografía de abdomen - pelvis con contraste endovenoso que informó líquido libre en cavidad abdominal identificándose una imagen redondeada hipodensa que impresionaba depender del anexo izquierdo de 49 x 47 mm (APxT); no se observaron adenomegalias en la cadena hipogástrica e ilíaca primitiva de ambos lados (Fig. 1). En angiogramografía vasos arteriales, venosos y conducto torácico sin lesiones.

Se practicó paracentesis diagnóstica, con resultado de líquido blanco, de aspecto lechoso, ligeramente turbio. Gradiente GASA <1.1, glóbulos blancos 9100/mm<sup>3</sup> (polimorfonucleares 85%), proteínas 5.1 g/dL, albúmina 4.1 g/dL, triglicéridos en líquido ascítico 1122 mg/dL,

amilasa 42 UI/L, colesterol 116 mg/dL, adenosina deaminasa 10 UI/L.

Se llevó a cabo laparoscopia exploratoria donde se evidenció abundante líquido blanquecino, anexo izquierdo comprometido por formación de 7x5 cm, móvil, blanco nacarado, de aspecto quístico, con adherencias firmes a peritoneo parietal. Se realizó tumorectomía de ovario remanente izquierdo y se dejó drenaje en lecho quirúrgico (Fig. 2). La citometría de flujo del líquido ascítico resultó negativa. Anatomía patológica del líquido y quiste: negativa para células neoplásicas.

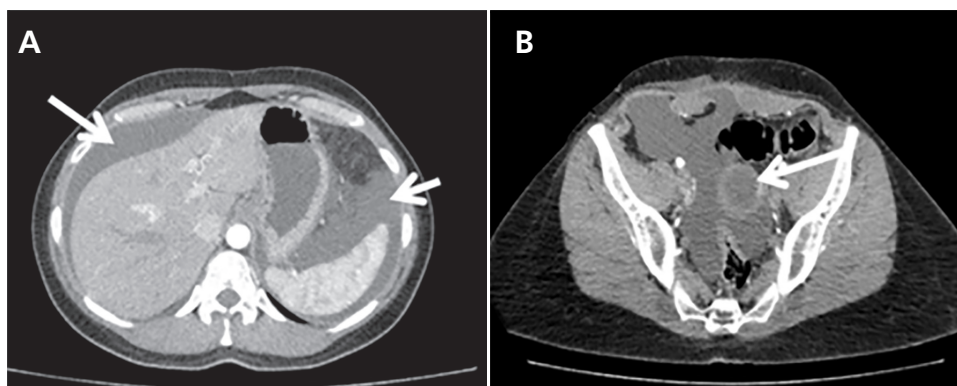
Inició tratamiento con octreotide subcutáneo 0.1 mcg cada 8 h, dieta alta en proteínas y baja en grasas, con suplementación de triglicéridos de cadena media. Evolucionó con una notable disminución en el volumen del líquido drenado, disminuyendo de 1200 mL diarios a su completa desaparición, asociado a un cambio en las características del líquido de quiloso a seroso, con posterior egreso sanatorial.

El presente caso, cuenta con la validación del comité de ética, para su publicación.

## Discusión

La ascitis quilosa es la acumulación de un líquido peritoneal lechoso rico en triglicéridos, debido a la presencia de linfa torácica o intestinal en la cavidad abdominal. Se desarrolla cuando hay una alteración del sistema linfático debido a una lesión traumática u obstrucción (por causas benignas o malignas). Las causas más frecuentes de quiloascitis son las enfermedades neoplásicas y la cirrosis; siendo menos frecuentes la postquirúrgica, pos infecciosa (tuberculosis), y traumática<sup>1,2</sup>.

**Figura 1** | Ecografía abdominal. A: Se observa líquido libre en cavidad abdominal peri hepático, gotera esplénica, hepática (flecha). B: Se observa fondo de saco de Douglas identificándose una imagen redondeada hipodensa que impresiona depender del anexo izquierdo de 49 x 47 mm (APxT) (flecha)



**Figura 2** | Drenaje abdominal con líquido de aspecto lechoso

La paracentesis abdominal es la herramienta de diagnóstico más importante en la evaluación y el tratamiento de pacientes con ascitis. Por lo general, el quilo tiene una apariencia turbia y lechosa (Fig. 2), en contraste con la apariencia transparente y de color pajizo de la ascitis causada por la cirrosis y la hipertensión portal. Los valores de triglicéridos suelen estar por encima de 200 mg/dL, aunque algunos autores utilizan un valor de corte de 110 mg/dL<sup>3</sup>.

### Bibliografía

1. Cárdenas A, Chopra S. Chylous ascites. *Am J Gastroenterol* 2002; 97:1896-900.
2. Steinemann DC, Dindo D, Clavien PA, Nocito A. Atraumatic chylous ascites: systematic review on symptoms and causes. *J Am Coll Surg* 2011; 212:899-905.
3. Lizaola B, Bonder A, Trivedi HD, Tapper EB, Cardenas A. Review article: the diagnostic approach and current management of chylous ascites. *Aliment Pharmacol Ther* 2017; 46:816-24.
4. Miller H, Anderson ML, Smith CP, Shamshirsaz AA, Fox KA. Chylous ascites complicating modified radical hysterectomy for placenta percreta. *Obstet Gynecol* 2016; 128:973-5.
5. Raja Rajeswari KS, Vidhyantha KH. Chylous ascites following total laparoscopic hysterectomy done for benign pathology: a rare complication. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol* 2023; 12:1503-5.
6. Martín PD, Álvarez AJ, Sibona FC. Un inusual diagnóstico de abdomen agudo: quiloperitoneo. *Rev Argent Cir* 2025 -117:1-5
7. Pio L, Boccardo F, Avanzini S, et al. Conservative management of chylous ascites after oncological surgery for peripheral neuroblastoma tumors in pediatric patients. *Lymphology* 2019; 52:25-34.

La ascitis quilosa puede ocurrir precozmente después de la cirugía abdominal debido a la interrupción de los vasos linfáticos o tardíamente (varias semanas a meses) por adherencias que comprimen los vasos linfáticos<sup>1</sup>. Los principales factores de riesgo son la linfadenectomía extensa y las metástasis linfáticas

Los procedimientos quirúrgicos que se han asociado con ascitis quilosa incluyen reparación de aneurisma aórtico abdominal, disección de ganglios linfáticos retroperitoneales, pancreatoduodenectomía, resección de vena cava inferior, implantación de catéter para diálisis peritoneal, funduplicatura de Nissen laparoscópica, derivaciones esplenorrenales distales, nefrectomía laparoscópica del donante, trasplante de intestino delgado y hígado, y bypass gástrico.

La ascitis quilosa posterior a cirugía pélvica ginecológica es muy poco frecuente. En nuestro caso se interpretó quiloascitis secundaria a traumatismo intraquirúrgico no advertido durante el procedimiento.

El manejo nutricional es uno de los pilares del manejo conservador. Los objetivos de la terapia nutricional son: mantener o mejorar el estado nutricional y disminuir la tasa de formación de quiloascitis. La somatostatina y octreotide se usan de manera exitosa para el tratamiento de la ascitis quilosa por pérdida de fluido linfático secundario a una cirugía abdominal o torácica. El mecanismo propuesto para esto podría involucrar la inhibición de la excreción de fluido linfático a través de receptores específicos encontrados en la pared intestinal normal de los vasos linfáticos<sup>4-7</sup>.

**Conflicto de intereses:** Ninguno para declarar