

Ascite Quilosa

Chylous Ascites

Vera Mondim*, Rui Pereira*, J. Mascarenhas Araújo*

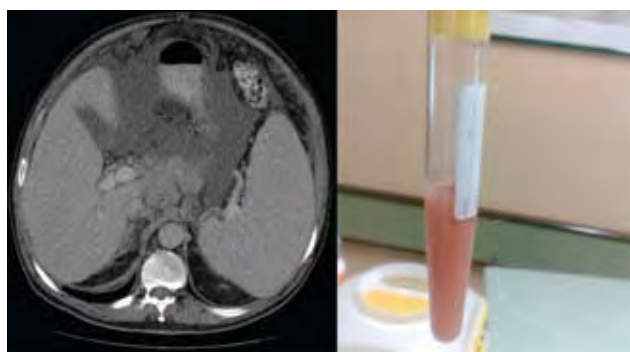
Doente do sexo masculino, 73 anos, com antecedentes de linfoma não-Hodgkin fenotipo B (CD20⁺), diagnosticado em 2002, em aparente remissão até 2007. Internado por anorexia não selectiva, astenia, aumento do volume abdominal, perda ponderal, edema dos membros inferiores, suores nocturnos, bem como dispneia, tosse e expectoração mucopurulenta. A realçar adenopatias palpáveis submaxilares, axilares e inguinais; abdómen globoso, distendido, timpânico na região periumbilical e maciço nos flancos. Sinal de onda líquida positivo. Edema dos membros inferiores, até às coxas.

Destacava-se pancitopenia, triglicéridos (TG) séricos de 187 mg/dL, creatinina sérica de 4.40 mg/dL, clearance da creatinina de 12.31 ml/min e proteinúria total de 3918 mg/24h. A TC evidenciava esplenomegalia, aumento dos gânglios retroperitoneais, intraperitoneais e pélvicos, com aumento significativo do líquido livre intraperitoneal (Fig.1).

A paracentese evidenciou um líquido turvo e róseo, semelhante a um batido de groselha (Fig. 1), com TG de 477 mg/dL, células mononucleadas 1334 (94.81%) e leucócitos 1371.00 com 2.67% polimorfonucleares. Índice albumina soro-ascítico de 1.1 g/dL. O exame microbiológico foi negativo.

Tratava-se portanto de uma ascite quilosa, cuja definição clássica se caracteriza por um fluido peritoneal de aspecto leitoso com alto teor em TG, superior a 200 mg/dL. Embora rara, a incidência tem aumentado dada a maior sobrevida de doentes com neoplasia e às intervenções cirúrgicas cada vez mais agressivas.

Desenvolve-se quando há disrupção do sistema linfático, por obstrução dos nódulos linfáticos causando exsudação dos linfáticos subserosos dilatados na cavidade peritoneal; por exsudação através de vasos dilatados retroperitoneais, através de fistula, ou com a obstrução do canal torácico devido a trauma.



À esquerda, imagem de TC abdominal evidenciando o aumento das dimensões do baço, o aumento dos gânglios linfáticos e o líquido livre intraperitoneal. À direita fotografia com amostra do líquido ascítico, semelhante a batido de groselha.

FIG. 1

Uma dieta pobre em lípidos com triglicéridos de cadeia média (TCM) reduz a produção e o fluxo de linfa; e a restrição dietética de triglicéridos de cadeia longa evita a sua conversão em monoglicéridos e ácidos gordos livres que são transportados como quilomicrons aos canais linfáticos intestinais.

A somatostatina e o octreotido têm sido usados para tratar a ascite quilosa em doentes com síndrome das unhas amarelas e bloqueio linfático devido a cirurgia torácica e abdominal. O orlistato, um inibidor reversível das lipases gástrica e pancreática, pode minimizar a ascite e o seu conteúdo em triglicéridos.

A pausa intestinal total e a Nutrição Parentérica Total podem ser usadas isoladamente ou em combinação com as terapêuticas anteriores.

Houve franca melhoria do volume abdominal, da dispneia e do bem-estar do doente, sob uma dieta personalizada com baixo teor lipídico e com suplemento de TCM. ■

Bibliografia

1. Almakdisi T, Massoud S, Makdisi G. Lymphomas and Chylous Ascites: Review of the Literature. *The Oncologist* 2005;10:632-635.
2. Cardenas A. Chylous Ascites. *The American Journal of Gastroenterology* 2002; 97(8): 1896-1900.

*Serviço de Medicina I do Hospital Fernando Fonseca, E.P.E.

Recebido para publicação a 09.07.09

Aceite para publicação a 02.09.09