

QUILOABDOMEN Y LINFANGIECTASIA EN NEONATO

Reporte de caso

Alejandra Santana¹ eMV, Laura Ortiz¹ eMV, Fernanda González¹ eMV, Cristian Guerrero² MV, Juan Jacobo Ramírez² MV, Jairo Coronado² MV, Alejandro Cedeño Naranjo² MV, MsC

¹ Pasantía en Clínica Equina SAS 2021-II; ² Grupo de Estudio Clínica Equina SAS

INTRODUCCIÓN

El quiloperitoneo es una causa poco común de cólico y derrame abdominal en potros recién nacidos. La linfangiectasia congénita da como resultado la congestión de los vasos linfáticos intestinales y la ruptura subsiguiente da como resultado la fuga de quilo rico en triglicéridos y colesterol hacia la cavidad abdominal. Los signos clínicos del quiloperitoneo incluyen molestias abdominales, enteropatía perdedora de proteínas y alteraciones electrolíticas. Las condiciones y enfermedades comunes asociadas con la presencia de quilo en la cavidad peritoneal incluyen defectos congénitos del sistema linfático, ruptura traumática de vasos linfáticos y obstrucción del flujo linfático por procesos inflamatorios o neoplásicos. Además de los derrames quílicos en las cavidades corporales, los pacientes presentan linfopenia, hipalbuminemia debido a la pérdida de proteínas entéricas e hipogammaglobulinemia (Melzer y Sellon 2002).

RESEÑA

Raza: WB	Edad: 17 horas
Sexo: Hembra	Color: Zaino
Peso: 43Kg	Alimentación: lactante

ANAMNESIS

La paciente nace diez días antes de la fecha probable de parto, presenta signos de prematuridad. Presenta signos de cólico y se realiza enema donde se evidencia que expulsa meconio. Además reportan que a la madre tiene manejo previo de placentitis.

EXAMEN CLÍNICO INICIAL

Actitud: levemente deprimida	FR: 36rpm
Dolor: leve-intermitente	Motilidad: Hipomotil de los 4 cuadrantes
MM: Rosadas inyectadas secas	T: 37,5°C
TLLC: 2"	Hto: 55%
FC: 128lpm	PPT: 6.6 g/dl

AYUDAS DIAGNÓSTICAS

	Exact Number	4	3	2	1	0	This Case
CBC	Neutrophil Count (cells/µL)	<1000	<2000	2000-4000 or >12000	8000	Norma	1
	Band Neutrophil Count (cells/µL)	>500	>200	50-200		<50	0
	Toxic Neutrophil Changes (cells/µL)	Marked	Moderate	Slight		None	0
	Lymphocyte Count ^{1,2} (cells/µL)		<550				0
Other Lab Data	Fibrinogen (mg/dL)		>600	400-600	<400		1
	Blood Glucose (mg/dL) ³		<50	50-75	>75		0
	Blood Lactate (mmol/L) ⁴	>10	>7	>5	>2.5	<2.5	0
	IgG (mg/dL)	200-400	400-800			>800	0
	Creatinine (mg/dL) ⁵		>4				0
Clinical Exam	Pruritus, severe injection, hypopyon or anterior oedema (not from trauma)		Marked	Moderate	Mild	None	0
	Diarrhea and/or swollen joints and/or respiratory distress		Yes			No	0
	Hypotonia, coma, lethargy, seizures			Marked	Mild	Norma	0
Historical Data	Prematurity (gestational age)		<300	300-310	311-330	>330	2
	Placental, vulvar discharge prior to delivery, dystocia, mare sick, foal isoedematous, C-section, GA>365 days		Yes			No	3
Presence of signs	See below for criteria	Yes				No	0
Total							7

Imagen 1. Sepsis score

<p>epoc Host 19/07/22 18:04</p> <p>ID pac: Schatzky</p> <p>19/07/22 18:01:33</p> <p>Gases+ Bioq+ Meta+</p> <p>pH 7,410</p> <p>pCO2 27,7 mmHg ↓↓ ?</p> <p>pO2 51,8 mmHg</p> <p>pH(T) 7,394</p> <p>pCO2(T) 29,1 mmHg ↓↓ ?</p> <p>pO2(T) 55,9 mmHg</p> <p>cHCO3- 17,6 mmol/L ↓</p> <p>BE(ecf) -7,1 mmol/L ↓</p> <p>cSO2 87,3 % ↑↑ ?</p> <p>epoc Readers Rdr8177 (08177)</p> <p>Herram. Ver Ayuda</p>	<p>epoc Host 19/07/22 18:04</p> <p>ID pac: Schatzky</p> <p>19/07/22 18:01:33</p> <p>Gases+ Bioq+ Meta+</p> <p>Na+ 97 mmol/L ↓↓ ?</p> <p>K+ 4,6 mmol/L ↓↓ ?</p> <p>Ca++ Fallo CCl</p> <p>Cl- 101 mmol/L</p> <p>cTCO2 18,4 mmol/L ↓↓</p> <p>AGap <-14 mmol/L ↓↓ ?</p> <p>Hct 28 % ↓</p> <p>cHgb 9,5 g/dL ↓</p> <p>BE(b) -6,1 mmol/L ↓</p> <p>epoc Readers Rdr8177 (08177)</p> <p>Herram. Ver Ayuda</p>	<p>epoc Host 19/07/22 18:04</p> <p>ID pac: Schatzky</p> <p>19/07/22 18:01:33</p> <p>Gases+ Bioq+ Meta+</p> <p>Glu 149 mg/dL ↑</p> <p>Lac 1,41 mmol/L</p> <p>Crea 0,83 mg/dL ↓</p> <p>epoc Readers Rdr8177 (08177)</p> <p>Herram. Ver Ayuda</p>
---	---	--

Imagen 2. Medición gases arteriales y electrolitos

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Gastrointestinal

- Impactación por meconio
- Síndrome de pelvis estrecha

2. Sistémico

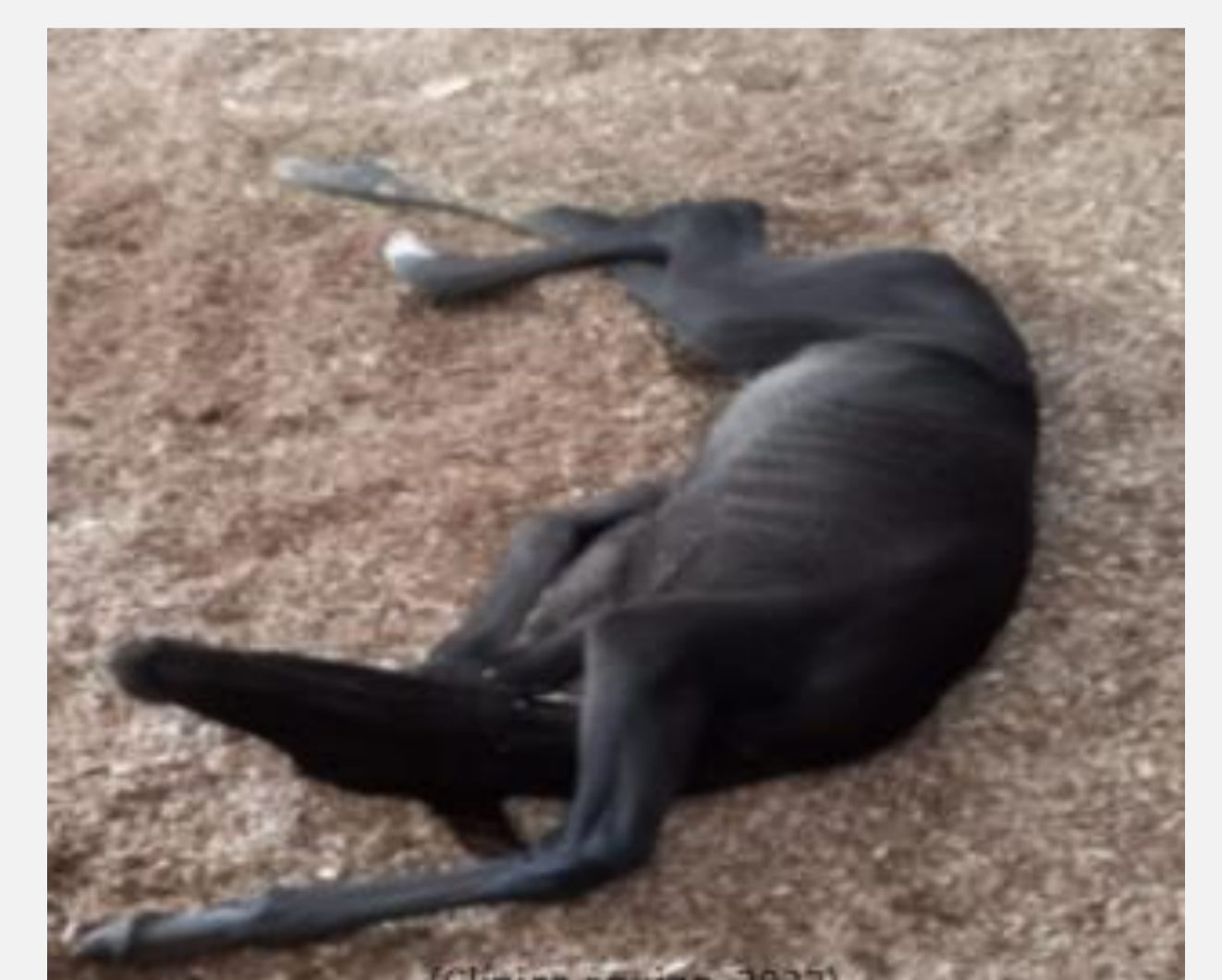
- Síndrome de mal ajuste neonatal
- Septicemia neonatal

TRATAMIENTO

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS	VÍA	FRECUENCIA
Penicilina G Sódica	20.000UI/Kg	IV	QID
Tiamina	5mg/kg	SC	SID
Flunixin Meglumine	0,5mg/kg	IV	BID
Disfosfato de sodio	10ml/DT	PO	TID
Amikacina	25mg/kg	IV	SID
Hidrocortisona	1,3mg/kg	IV	SID
Sulfato de Mg	50mg/kg	IV	Bolo/1Hr
Sulfato de Mg	25mg/kg	IV	Infusión x23Hrs
SRL	100mg/kg/hr	IV	Infusión
Solución dextrosada	5%	IV	Infusión

EVOLUCIÓN

48 HORAS DE EVOLUCIÓN	
Actitud: levemente deprimida	Hto: 46%
Dolor: moderado a severo/intermitente	PPT: 6,2g/dl
Mm: leve congestionadas	Se decide ingresar a laparotomía exploratoria debido a la nula respuesta analgésica y cronicidad del cuadro, presencia de buen apetito pero ausencia de defecaciones.
TLLC: 2"	
FC: 96-140lpm	
FR: 24-32rpm	
T: 38.2 – 38,5°C	
Motilidad: normo a hipomotil de los 4 cuadrantes	



(Clínica equina, 2022)

Plan terapéutico

- Bromuro de hioscina 0,2mg/kg, IV, DU
- Neostigmina 0,011mg/kg, IV, TID
- Calcio 0,5mg/kg, IV, bolos

LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA Y NECROPSIA

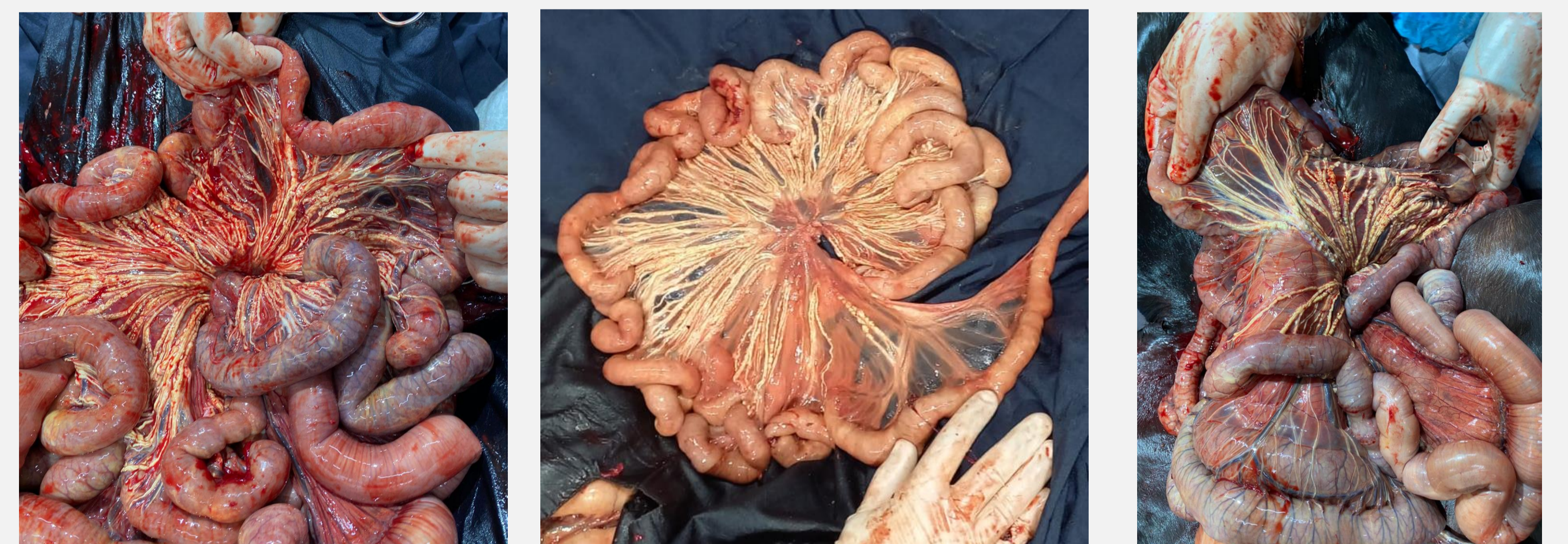


Imagen 3. Yeyunitis, presencia de vasos linfáticos congestionados y quiloabdomen.

Histopatología
HALLAZGOS MACROSCÓPICOS
En formal se reciben múltiples fragmentos de tejido, dentro de los cuales se identifican intestino con tejido mesentérico asociado.
HALLAZGOS MICROSCÓPICOS
Yeyuno: edema en mucosa y submucosa, extendiéndose hasta túnica muscular y serosa, congestión severa generalizada, moderado infiltrado inflamatorio mixto, predominando MN linfocitos, en menor proporción PMN neutrófilos, asociados a submucosa y serosa.
DIAGNÓSTICO FINAL
Yeyunitis mixta con peritonitis difusa asociada.
Comentarios
Se recomienda correlacionar con historia y perfil del paciente.

Imagen 4. Histopatología.

DISCUSIÓN

- En equinos, el quiloabdomen o la peritonitis quílosa rara vez se logra diagnosticar sin embargo en 1983, Hanselaer y Nyland lo describieron por primera vez en un potro con un absceso intraabdominal. Hasta la fecha, solo se han publicado unos pocos casos de quiloabdomen lo cual refleja la insuficiencia para ser diagnosticado y lo poco común de la patología.
- Según Vignes and Bellanger 2008 cuando se detecta un aumento de la cantidad de líquido peritoneal en potros jóvenes, se deben incluir anomalías cardíacas congénitas, uroabdomen y peritonitis séptica.
- El tratamiento de los derrames quílicos implica la corrección de la problema primario y apoyo metabólico y dietético (Melzer y Sellon 2002). El drenaje del líquido quíloso es vital, pero paliativo. Reducir la ingesta de grasas también es importante para reducir el volumen de quilo producido (Melzer y Sellon 2002).
- Con el tiempo, los vasos linfáticos maduran y no es probable que el quiloabdomen reaparezca (Unger y Chandler 1983).