Semergen. 2018;44(Espec Congr 14): 4

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

4 - ASCITIS CUATRO PACIENTES DIFERENTES

O. Martínez Villén[1], A. Segura Grau[2], E. López Ramiro[1], L. Hortal Muñoz[1], A. Rodríguez Posada[1].

[1]Médico de Familia. Centro de Salud Gandhi. Madrid. [2]Médico de Familia. Centro de Diagnóstico Ecográfico. Madrid.

Resumen

PRIMER PACIENTE. Descripción del caso. Paciente de 55 años que acude a realizarse ecografía programada. Ha sido atendido en urgencias por dispepsia y tiene una analítica sin alteraciones. No presenta síndrome constitucional.

Exploración y pruebas complementarias. Al explorar detectamos aumento del perímetro abdominal y oleada ascítica. En la ecografía encontramos ascitis moderada y dos lesiones hepáticas hiperecogénicas menores de un centímetro, en un hígado de características no cirróticas. Se completa el estudio con TAC, posteriormente.

Juicio Clínico. Ascitis con implantes peritoneales y lesiones hepáticas que sugieren metástasis, probablemente de cáncer de colon.

SEGUNDO PACIENTE. Descripción del caso. Varón de 87 años con HTA y fibrilación auricular, que acude de urgencia por disnea, que ha ido en aumento hasta hacerse de mínimos esfuerzos.

Exploración y pruebas complementarias. Presenta distensión venosa yugular y un llamativo soplo holosistólico paraesternal izquierdo, hepatomegalia y edemas con fóvea hasta rodillas. En la analítica destaca FA 108 y GGT 308. Se realiza ecografía en la que se detecta mínima cantidad de líquido ascítico en espacio de Morrison y hepatomegalia con aumento llamativo del diámetro de vena cava inferior y venas suprahepáticas. Ecocardiograma: Cavidades derechas muy dilatadas. Insuficiencia Tricuspídea severa.

Juicio clínico. Ascitis e hígado de éstasis en paciente con Insuficiencia Tricuspídea severa.

TERCER PACIENTE. Descripción del caso. Varón de 60 años, bebedor habitual, diagnosticado de cirrosis alcohólica, que acude por malestar general y aumento del perímetro abdominal.

Exploración y pruebas complementarias. Paciente que impresiona de gravedad, pálido, sudoroso, con abdomen globuloso y edemas en miembros inferiores. En la ecografía hay moderada cantidad de ascitis. Hígado de 16cm con características cirróticas. Ecoestructura de grano grueso, superficie nodular e hiperecogénico. Lóbulo caudado de 3,67 cm. La porta es permeable y su diámetro es de 2.09 cm. Observamos recanalización de la vena paraumbilical. Bazo13, 19 cm. Derivamos al paciente a urgencias, donde realizan paracentesis que descarta peritonitis bacteriana espontánea. Ingresa para estabilización.

Juicio clínico. Primer episodio de ascitis en paciente con cirrosis alcohólica.

La ascitis se desarrolla con frecuencia durante un primer episodio de descompensación de una hepatopatía alcohólica. Puede aparecer en el estadio precirrótico, en el cual la hipertensión portal y la predisposición resultante a la retención de sodio son reversibles con la abstinencia alcohólica.

CUARTO PACIENTE. Descripción del caso. Mujer de 37 años, colombiana, que acude por dolor en epigastrio e hipogastrio, astenia y distensión abdominal que ha ido en aumento en los últimos 10 días, razón por la que ha acudido a urgencias de diferentes hospitales en 4 ocasiones.

Exploración y pruebas complementarias Exploración física anodina, salvo abdomen levemente distendido. En la ecografía abdominal se detecta ascitis moderada sin otros hallazgos. Se deriva a urgencias. La paciente es ingresada en el hospital, donde comienza con fiebre, y se le realiza paracentesis y laparotomía exploratoria con hallazgos compatibles con tuberculosis peritoneal. Se inicia tratamiento con tuberculostáticos, con mejoría progresiva hasta desaparición de la ascitis y la fiebre.

Juicio clínico. Ascitis en paciente con tuberculosis peritoneal.

En este caso, gracias a la ecografía realizada en atención primaria, se realizó un diagnóstico temprano de la ascitis, pues la exploración era anodina, derivando al hospital con una orientación diagnóstica que permitió al fin el diagnóstico de tuberculosis peritoneal, haciendo posible un tratamiento precoz de dicha infección. ASCITIS. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. Uno de los primeros usos de la ecografía abdominal y pélvica fue la detección de la ascitis. En circunstancias normales existe entre 50 y 75 ml de líquido libre en la cavidad, que actúa como lubricante. Aunque por encima de estas cifras debe considerarse patológico, clínicamente solo se podrá detectar cuando supere los 500 ml. La cirrosis, la carcinomatosis peritoneal, la insuficiencia cardíaca congestiva y la tuberculosis representan el 90% de todos los casos de ascitis. El origen más probable de la ascitis es la cirrosis hepática, pero existen otras posibilidades diagnósticas que se deben investigar ante un primer episodio. El cáncer es el responsable de aproximadamente el 10% de los casos de ascitis. Es más frecuente la carcinomatosis peritoneal (metástasis en peritoneo, siendo el primario de ovario, estómago, colon, páncreas, mama, pulmón) pero también podemos encontrar tumores primarios, obstrucción maligna de ganglios linfáticos o Síndrome de Budd-Chiari maligno. La tuberculosis peritoneal es una enfermedad poco frecuente en países occidentales, aunque en España ocupa la tercera causa de ascitis después de cirrosis hepática y neoplasias. La insuficiencia cardíaca es responsable de menos del 5% de los casos de ascitis. En los pacientes que tienen una historia larga de cirrosis estable y en los que se desarrolla súbitamente una ascitis se debe sospechar el desarrollo de un hepatocarcinoma que ha precipitado la descompensación. La ascitis relacionada con los procesos malignos suele ser dolorosa, mientras que la ascitis cirrótica no lo es, a menos que se presente una peritonitis bacteriana o una hepatitis alcohólica superpuestas. En los pacientes con ascitis siempre hay que explorar las venas del cuello, buscando el origen cardíaco. La miocardiopatía alcohólica con ascitis cardíaca puede simular una cirrosis con ascitis, la presión venosa yugular elevada colabora a este aspecto del diagnóstico diferencial. La ecografía abdominal, permite identificar pequeñas cantidades de ascitis. Estando el paciente en decúbito supino el líquido libre tiende a acumularse en los canales paracólicos y en la pelvis. La ascitis particulada indica la presencia de sangre, pus o células neoplásicas en el líquido. La siembra carcinomatosa del peritoneo parietal o visceral puede producir nódulos o engrosamientos hipoecoicos,afectando con frecuenda a fondo de saco de Douglas ,epiplon mayor,fondo de saco de Morrison y espacio subfrénico derecho.

CONCLUSIÓN. La ecografía es de gran ayuda en el diagnóstico precoz y diagnóstico diferencial de la ascitis, permite identificar a partir de 100 ml de líquido en la cavidad abdominal y aportar información sobre el origen de la misma. Es una técnica inocua y cada vez más ,al alcance de los médicos que quieran aprender a utilizarla.

Palabras clave: Ascitis. Cirrosis. Peritoneo.

Bibliografía

Segura Cabral JM (ed). Ecografía digestiva. 2ª ed. Ed.:UAM ediciones. Madrid.2011

1138-3593 / © 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Sleisenger y Fordtran. Enfermedades digestivas y hepáticas 10.ª edición. Ed.:Elsevier. Barcelona 2018

Téllez*, M. Aicart-Ramos, M.A. Rodríguez-Gandía, J. Martínez y A. Albillos Medicine. 2016;12(12):673-82
Ascitis: diagnóstico diferencial y tratamiento L.

1138-3593 / © 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.