

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana
Facultad de Ciencias Médicas “Manuel Fajardo Rivero”

Departamento de Clínica



XXI Jornada Científica Estudiantil

Síndrome ascítico. Informe de un caso

Autores:

Chrisber William Coto Pardo*

Daniel Alejandro Fernandez Quintero**

DanielA Ramos Sigarroa**

*** Alumno de sexto año de la Carrera de Medicina. Interno Vertical de Neurocirugía**

****Alumnos de tercer año de la Carrera de Medicina.**

Tutor:

Dra. Yanet Herrera Calderón**

**** Especialista primer grado en Medicina Interna. Profesor asistente.**

La Habana, abril/ 2023

“Año 65 del Triunfo de la Revolución Cubana”

RESUMEN

La ascitis es la colección líquida situada dentro de la cavidad peritoneal y en íntimo contacto con sus dos hojas, visceral y parietal, una vez que se sobrepasa la cantidad normal de líquido peritoneal (100-200 ml). Con el propósito de explicar las características clínicas, la conducta a seguir, los diagnósticos diferenciales y el tratamiento en un paciente con síndrome ascítico, se presentó un caso de un paciente masculino de 43 años de edad, con antecedentes de salud aparente, que ingresa en el servicio de Medicina Interna del Hospital Manuel Fajardo por aumento de volumen de la cavidad abdominal. Se concluyó que la ascitis es un síndrome complejo que responde a múltiples etiologías y mecanismos de producción; siendo en ocasiones difícil realizar el diagnóstico nosológico certero y definir la conducta a seguir desde el punto de vista terapéutico según el curso de la enfermedad.

Palabras clave: ascitis; dolor abdominal; cirrosis hepática.

Abstract

Ascities is the fluid collection located within the peritoneal cavity and in intimate contact with its two leaves, visceral and parietal, once it exceeds the normal amount of peritoneal fluid (100-200 ml). With the purpose of explaining the clinical features; the conduct to follow, the differential diagnoses and treatment in a patient with ascites, a case of a 43 years old male patient, with an apparent health history, who is admitted to the Medicine service Internal at the Manuel Fajardo Hospital due to increased volume of the cavity abdominal. It was concluded that ascities is a complex syndrome that responds to multiple etiologies and production mechanism; being sometimes difficult make an accurate nosological diagnosis and define the conduct to follow from the therapeutic point of view according to the course of the disease.

Keywords: ascities; abdominal pain; liver cirrosis.

Pensamiento

**``Un hombre sabio debería darse cuenta de que la
salud es su posesión más valiosa``**

Hipócrates

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN..... 1

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN..... 3

OBJETIVOS..... 4

PRESENTACIÓN DEL CASO 5

DISCUSIÓN..... 11

CONCLUSIONES..... 16

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 17

INTRODUCCIÓN

El peritoneo es la túnica serosa delgada de aspecto liso, brillante homogéneo que tapiza las paredes de la cavidad abdominal y de la pelvis menor, así como los órganos incluidos en estas en uno u otro grado; siendo poseedor de dos hojas: hoja parietal (tapiza las paredes abdominales por la región interna) y hoja visceral (se proyecta desde las paredes hacia las vísceras, para relacionarse)¹⁻².

Entre las principales funciones del peritoneo podemos encontrar la de depósito de grasa y defensa que ofrece resistencia a las infecciones, la absorción de sustancias permitiendo el paso constante de líquidos y algunas sustancias a través del mismo y la disminución del roce facilitando el deslizamiento de las vísceras abdominales gracias a la superficie lisa y húmeda que lo constituye^{1,3}.

La cavidad peritoneal es el espacio comprendido entre la hoja parietal y visceral, que contiene una pequeña cantidad de líquido seroso, cuya función es la lubricación de la superficie de los órganos y facilitar el deslizamiento de estos durante los movimientos¹⁻³.

La cavidad peritoneal está compuesta por tres planos delimitados, estos son: plano superior que se extiende desde el diafragma hasta el mesocolón transversal, plano medio desde el mesocolón transversal hasta la entrada de la pelvis menor y el plano inferior desde la pelvis menor hasta los espacios penetrantes de las diferentes vísceras⁴.

El plano superior está compuesto por 3 bolsas: bolsa hepática que contiene al lóbulo derecho del hígado, parte superior del riñón derecho, glándula suprarrenal derecha y vesícula biliar; bolsa pregástrica que aloja el ligamento falciforme, lóbulo izquierdo del hígado, cara anterior del estómago, bazo, parte superior del riñón izquierdo y la glándula suprarrenal izquierda; y la bolsa omental: situada detrás del estómago, de los ligamentos gastrocólicos y gastrolíenales y del omento menor, termina a nivel del agujero epiploico²⁻⁴.

El plano medio presenta 4 porciones, demarcadas por el colon ascendente, descendente y mesenterio, estas son: surcos paracólicos derecho e izquierdo y surcos mesentéricos derecho e izquierdo¹.

El plano inferior penetra entre los diferentes espacios de las vísceras y origina las excavaciones rectouterina, vesicouterina y rectovesical, dividiendo el mesocolón transversal la cavidad peritoneal en los espacios supramesocólico donde se encuentra el hígado, estómago y el bazo y el inframesocólico donde se encuentran las asas intestinales⁴⁻⁵.

Se denomina ascitis a la colección líquida situada dentro de la cavidad peritoneal y en íntimo contacto con sus dos hojas visceral y parietal. La naturaleza del líquido varía con los factores etiopatogénicos que hayan intervenido en su producción. Normalmente existen de 100-200 ml de líquido en el peritoneo⁶.

Existen diversas afecciones capaces de producir ascitis, donde interviene diversos factores resultantes de las alteraciones de los mecanismos morfofisiológicos que regulan la producción y absorción de líquido como son: la hipertensión portal, aumento de la permeabilidad capilar, la hipoproteïnemia, la hipertensión linfática, la retención de agua y sodio y la irritación de la serosa peritoneal^{6,7,8}.

Acorde con el Club Internacional de la ascitis, este síndrome puede ser clasificado en ascitis no complicada y ascitis refractaria.

La ascitis no complicada es aquella que no está infectada y que no se acompaña de síndrome hepatorenal, esta a su vez se subdivide en 3 grados:

- **Grado I:** Ascitis de volumen escaso, menor de 3 L. El diagnóstico clínico es dificultoso, solo detectada por ultrasonido.
- **Grado II:** Ascitis moderada que se manifiesta por distensión simétrica del abdomen; resultante del acumulo de UN volumen de líquido entre 3-6 L, lo cual hace que el diagnóstico sea evidente en el examen físico.
- **Grado III:** Ascitis de importante tensión, cuando el volumen de líquido se encuentra entre los 6 y más de 15 L^{6,8}.

Se necesitan por lo menos 1500 ml de líquido para que aparezcan los signos físicos⁶.

La ascitis refractaria es aquella que no puede ser movilizada o que presenta recurrencia temprana (posterior a paracentesis terapéutica). Esta se subdivide:

- **Ascitis resistente a diuréticos:** Es la que no puede eliminarse o cuya recurrencia no puede evitarse debido a una falta de respuesta a la restricción de la ingesta de sodio y dosis máximas de diuréticos.
- **Ascitis intratable con diuréticos:** Es la ascitis que no puede eliminarse o cuya recurrencia no puede evitarse debido al desarrollo de complicaciones inducidas por los diuréticos que impiden el uso de dosis efectivas de estos fármacos⁹.

Para definir la ascitis refractaria es necesario establecer la duración del tratamiento, ya que los pacientes deben de haber sido tratados con dosis máximas de diuréticos (espironolactona, 400 mg/día, más furosemida, 160 mg/día, o dosis equivalentes de otros diuréticos de asa) durante al menos una semana. La falta de respuesta al diurético se asume cuando la pérdida de peso es inferior a 200 g/día durante los últimos 4 días de tratamiento, junto a una excreción de sodio inferior a 50 mEq/día con dieta restringida en sodio a 90 mEq/día^{7,8,9}.

Las enfermedades que pueden verse asociadas con la ascitis son: cirrosis hepática, hepatocarcinoma, metástasis hepáticas, síndrome de Budd Chiari, afecciones oclusivas venosas, pericarditis constrictiva, insuficiencia cardiaca derecha, asistolias, cor pulmonar crónico, pancreatitis aguda, neoplasia de páncreas, nefritis, arterioesclerosis renal, riñones poliquísticos, deficiencias nutricionales, peritonitis TB, carcinomatosis, peritonitis reumática, obstrucción de vasos linfáticos y mixedema⁶.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La ascitis constituye una afección resultante del desbalance entre la producción y la capacidad de reabsorción del líquido peritoneal, esta entidad está caracterizada por un conjunto de síntomas y signos que la convierten en un síndrome frecuente en la práctica clínica de diversas especialidades médicas con predominio en medicina interna, gastroenterología y oncología; con un manejo que puede ser desde simple a complejo; así como la interpretación final en un diagnóstico nosológico certero que sea capaz de explicar la producción de líquido ascítico por encima de los valores normales de referencia (100-

200ml). La clínica puede variar desde signos funcionales poco objetivos hasta signos físicos característicos de esta afección; siendo necesario la utilización de pruebas complementarias que le den certeza al pensamiento clínico. Un adecuado diagnóstico y tratamiento de este síndrome permite determinar causas subyacentes y mejorar la calidad y esperanza de vida de los pacientes, por lo que los autores del presente trabajo se trazan responder la interrogante de ¿cuáles son los elementos clínicos e imagenológicos con los que cuenta el especialista en medicina interna para el diagnóstico del síndrome ascítico?

OBJETIVOS

General:

Caracterizar los aspectos clínicos e imagenológicos en el diagnóstico del síndrome ascítico

Específicos:

1. Identificar los posibles diagnósticos diferenciales de la ascitis.
2. Identificar la conducta a seguir ante un síndrome ascítico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente: UHPB

Edad: 43 años

Raza: Blanca

Motivo de ingreso: aumento de volumen abdominal

Historia de la enfermedad actual: Paciente masculino de 43 años de edad con antecedentes patológicos personales (APP) de salud aparente, que en el mes de enero del 2023 sufrió de dengue grave con signos de alarma, siendo hospitalizado en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Salvador Allende para estudio y tratamiento. El paciente acude a los servicios de urgencia del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Comandante Manuel Fajardo el día 6 de marzo de 2023 por presentar distensión abdominal con presencia de líquido libre en cavidad abdominal y dolor abdominal a tipo cólico, de días de transcurso, difuso, de leve a moderada intensidad, que se aliviaba con la administración de una tableta de Naproxeno (250 mg) cada vez que tenía dolor con un margen de 8 horas y con la defecación. El dolor se acompañaba de sensación de plenitud gástrica y reflujo, disnea y disuria en el tercio final de la micción. Por tales motivos se decide su ingreso para estudio y tratamiento.

- **Alergia:** no refiere
- **Operaciones:** no refiere
- **Transfusiones:** no refiere

Examen físico positivo:

Abdomen: Globuloso que sigue los movimientos respiratorios y golpes de tos. Abdomen aumentado en forma de obús. Ombligo desplegado, piel del abdomen lisa, tensa y brillante. Ruidos hidroaereos presentes. Matidez abdominal en los puntos declive del abdomen que varía con la posición. Blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda de leve a moderada intensidad. No visceromegalia. Ruidos hidroaereos normales. Maniobra de Tarral positiva. Signo del tempaño de hielo positivo. Signo de la moneda de Pitres positivo.

Durante la estadía hospitalaria del paciente, se indicaron una serie de estudios de laboratorio clínico, microbiológico, anatomo patológicos e imagenológicos que se perfilan a continuación:

Estudios de Laboratorio clínico, microbiológico y anatomo-patológico:

Hemograma Completo				
Conteo	6/3/2023	15/3/2023	24/3/2023	12/04/2023
Hematocrito	0.43%	0.42%	0.40%	0.43%
Leucocitos	5,9x10 ⁹ /L	11.1x10 ⁹ /L	10,4x10 ⁹ /L	13.6 x10 ⁹ /L
Plaquetas	323x10 ⁹ /L	309x10 ⁹ /L	294x10 ⁹ /L	243 x10 ⁹ /L
Neutrófilos	56.3%	70.8%	75.5%	83%
Linfocitos	27.3%	17.3%	11.5%	17%
Eosinofilos	6.5%	.3%	1.4%	0%
Monocitos	9.6%	10.3%	10.8%	0%
Basófilos	0.3%	0.4%	0.8%	0%
Eritrosedimentación	17 mm/h	18 mm/h	24 mm/h	35 mm/h

Nota: Interpretados según valores de referencia del Hospital Manuel Fajardo.

Hemoquímica				
Conteo	6/3/2023	15/3/2023	27/3/2023	12/04/2023
Glicemia	5.4 mmol/L	6.1 mmol/L	5.3 mmol/L	5.9 mmol/L
Creatinina	87 umol/L	94 umol/L	70 umol/L	72 umol/L
Urea	3.2 umol/L	3.7 umol/L	2.4 umol/L	4.6 umol/L
Ácido úrico	457 umol/L	477 umol/L	33 umol/L	336
GGT	NR	NR	NR	125 UI/L
TGO	26 UI/L	27 UI/L	43 UI/L	45 UI/L
TGP	49 UI/L	37 UI/L	76 UI/L	74 UI/L
Triglicéridos	1.3 mmol/L	1.8 mmol/L	1.0 mmol/L	2.0 mmol/L
Fosfatasa A	11 UI/L	130 UI/L	127 UI/L	190
Amilasa	55 UI/L	NR	NR	NR
Bilirrubina	NR	NR	NR	NR
Proteínas T	52.1 g/L	58 g/L	38 g/L	47 g/L
Albumina	40 g/L	47 g/L	34 g/L	33 g/L

Colesterol	4.2 mmol	3.6 mmol	2.9 mmol	4.0 mmol
-------------------	----------	----------	----------	----------

Leyenda: Fosfatasa A: Fosfatasa alcalina, Proteínas T: Proteínas totales, GGT: Gamma glutamil transpeptidasa, TGO: Transaminasa glutámico oxalacética, TGP: Transaminasa glutámico pirúvica.

8/03/2023-16/03/2023		16/03/2023	
Citoquímico	Microbiológico	Citoquímico	Microbiológico
C: Amarilo A: Transparente Rivalta: Negativo CB: 4xmm ³ CR: 2xmm ³	No crecimiento bacteriano	C: Amarilo A: Turbio Rivalta: Negativo Glicemia: 3.3 mmol LDH: 676 U/L Proteínas T: 26 g/L Albúmina: 17 g/L Amilasa: 17 U/L Leucos: 100 x mm ³	No crecimiento bacteriano
Citológico: No se observan células con características neoplásicas.			

Leyenda: C: color, A: aspecto, CB: células blancas, CR: células rojas.

Coagulograma	
17/03/2023	14/04/2023
+3TP: C16, P23 CP: 376 X10 ⁹ INR: 1.66	+3TP: E16, p23 CP: 320 X10 ⁹ INR: 1.66

Leyenda: TP (tiempo de coagulación, CP: conteo de plaquetas).

Otros estudios:

- **Cituria** (16/03/2023): Proteínas negativas, Leucocitos: 20 000 ml, Hematíes: 0 ml, Cilindros: 0 ml
- **Rapitest VIH** (16/03/2023): negativo
- **Hepatitis C anticuerpo** (18/03/2023): no reactivo.
- **Hepatitis C anticuerpo** (18/03/2023): pendiente de resultado.

- **Serología (18/03/2023):** no reactivo
- **Heces (18/03/2023):** No se observan estructuras parasitarias
- **Marcadores tumorales (23/03/2023):**
 - ✓ **Alfafetoproteína:** 1.13
 - ✓ **Beta HCG:** 0.100
- **Urocultivo (14/04/2023):** Pendiente de resultado.
- **PSA (23/03/2023):** Pendiente de resultado.
- **BAAR (26/03/2023):** Pendiente de resultado

Estudios imagenológicos:

1. Ultrasonido abdominal:

- **Ultrasonido abdominal (6/03/2023):** Hígado que no rebasa el reborde costal externo, textura granular fina, capsula regular. Gran cantidad de líquido libre en toda la cavidad abdominal
- **Ultrasonido abdominal (8/03/2023):** Hígado de textura granular fina y superficie irregular, contornos romos sin determinar lesión nodular. Gran cantidad de líquido libre en toda la cavidad abdominal que forma bolsones en zonas declives.
- **Ultrasonido abdominal (15/03/2023):** Hígado de textura granular fina y superficie irregular. Líquido ascítico en cavidad abdominal que desplaza los órganos del hemiabdomen superior.
- **Ultrasonido vesical (17/03/2023):** Paso parieto cólico derecho. En fosa iliaca y flanco derecho persiste líquido, pero con menor cuantía con respecto a US abdominal anterior. Vejiga de buena capacidad sin alteraciones.
- **Ultrasonido abdominal Doppler (29/03/2023):** Estudio Doppler renal normal, relación seno parénquima adecuada. Vejiga de tamaño normal. Líquido libre en ángulo hepático de 752 ml, ángulo esplénico 1087 ml, grasa de 259 ml en cavidad. Hígado de tamaño normal que muestra una imagen compleja en segmento II-IIA sólida de 2. X 3 cm de contornos regulares. Existe otra imagen quística de 2.1 x 2 cm en segmento VI. Páncreas sin alteraciones. Resto de los órganos abdominales sin alteraciones.

- **Ultrasonido abdominal post paracentesis (31/03/2023):** Líquido peri hepático ligero. Hígado que no rebasa el reborde costal de textura granular fina. Lesión de 26 mm en segmento 4 de 8 mm. Vesícula no visible. Resto de los órganos por este estudio sin alteraciones a señalar. Sugerencia de realizar TAC multicorte.
2. **Radiografía de tórax (27/03/2023):** Índice cardiorácico normal, no lesiones pleuropulmonares, no lesiones óseas ni de partes blandas.
3. **Tomografía axial computarizada:**
- **TAC de abdomen (21/03/2023):** Se observa líquido ascítico de moderada cuantía. Hígado que no rebasa reborde costal externo. No lesión focal, densidad homogénea.
 - **TAC de cráneo (24/03/2023):** No lesiones craneoencefálicas.
 - **TAC de tórax (24/03/2023):** Se observa derrame pleural bilateral de ligero predominio derecho. Tractus fibrosas basal izquierdo. No adenopatías mediastinales. No lesiones osteolíticas ni blásticas.
 - **TAC de abdomen (24/03/2023):** Hígado que no rebasa el reborde costal externo, muestra imagen hipodensa localizada subcapsular en segmento 6, la cual mide 46x25 mm, con densidades en 12 y 63 UH variable que corresponde con quiste hepático con signos complejos. Se aprecian otras 2 imagen de menor tamaño en segmento 4 y 5 de similares características.
 - **TAC multicorte de abdomen contrastado arterial-venosa (7/04/2023):** Ascitis marcada en todo el abdomen. Hígado de tamaño normal sin lesión focal. Vesícula de paredes gruesas que presenta una imagen mal formada hacia el cuello que mide 15 x 12 mm sin producir dilatación. Riñón derecho con imagen quística en posición media de 11 mm. Bazo y páncreas sin alteraciones. No adenopatías. No lesiones óseas secundarias.
4. **Endoscopia (10/03/2023):** Se observa imagen característica de pangastritis eritematosa en cuerpo y fundus, gran hernia hiatal tipo B y vulvitis eritematosa ligera.
5. **Colonoscopia (28/03/2023):** Se observa en visión retrograda la mucosa con características normales hasta colon descendente donde existen áreas

con ligera pérdida del patrón vascular que se mantiene hasta parte de la sigmoides. Resto de la mucosa de caracteres normales hasta los márgenes del ano.

- 6. Ecocardiograma (14/04/2023):** Función sistólica conservada en reposo. No signos de isquemia en reposo. Probabilidad baja de HTA. Parámetros estudiados dentro de límites normales.

En el caso de este paciente se planteó un síndrome ascítico por constatar un abdomen aumentado en forma de obús. Ombligo desplegado, piel del abdomen lisa, tensa y brillante. Matidez abdominal en los puntos declive del abdomen que varía con la posición. Abdomen doloroso a la palpación superficial y profunda de leve a moderada intensidad. Maniobra de Tarral positiva y los signos del tempano de hielo positivo y de la moneda de Pitres positivo.

Se consideraron como diagnósticos diferenciales las siguientes enfermedades: cirrosis hepática, hepatocarcinoma, metástasis hepáticas, síndrome de Budd Chiari, afecciones oclusivas venosas, pericarditis constrictiva, insuficiencia cardíaca derecha, asistolias, cor pulmonar crónico, pancreatitis aguda, neoplasia de páncreas, nefritis, arterioesclerosis renal, riñones poliquísticos, deficiencias nutricionales, peritonitis TB, carcinomatosis, peritonitis reumática, obstrucción de vasos linfáticos y mixedema.

Considerando todas las posibilidades diagnosticas anteriormente mencionadas, se continúa estudiando la posible etiología de este síndrome, pensándose en las enfermedades venoclusivas: Síndrome Budd Chiari o afecciones venosas oclusivas.

Durante su ingreso hospitalario, el paciente recibió tratamiento con ceftriaxona (1g) 1 bulbo cada 12 horas por 7 días, albumina humana al 20% 1 frasco cada 12 horas por 5 días, espironolactona (25 mg) 4 tabletas cada 8 horas, furosemida (40 mg) cada 8 horas, espasmoforte (50 mg) diluido en 100 ml de NaCl al 0.9%, omeprazol (20 mg) 1 tableta cada 8 horas y 9 punciones evacuadoras (paracentesis).

Por no existir mejoría del cuadro clínico, el paciente continúa ingresado en el servicio de Medicina Interna del Hospital Manuel Fajardo.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de la ascitis se realizará mediante una anamnesis minuciosa, el cuadro clínico y los exámenes complementarios de laboratorio clínico, microbiológico, anatomopatológico e imagenológicos que nos orientará sobre la posible etiología presente en el individuo¹⁰.

La anamnesis debe de explorar la existencia previa de cuadros similares de distensión abdominal, hábitos tóxicos, antecedentes patológicos familiares y personales, historial sexual e historia epidemiológica de enfermedades infecciosas. Constatar desde cuándo comenzó el aumento de volumen abdominal y sobre los síntomas inespecíficos como dolores difusos, pesantez abdominal y alteraciones funcionales del tubo digestivo con alteraciones lentas o bruscas que se diferencian según la instauración de los síntomas^{8,11,12}.

En el cuadro clínico podemos explorar síntomas funcionales como son sensación de peso en vientre, trastornos del aparato cardiovascular con predilección por disnea de esfuerzo y de reposo y cambios en la frecuencia cardíaca de tipo taquicardia, síntomas digestivos como náuseas, vómitos, digestiones lentas, reflujo y síntomas vesicales como disuria y micciones frecuentes. Los signos físicos dependen del grado de tabicamiento de la cavidad peritoneal; si la ascitis es libre (ocupa toda la cavidad si obstáculos) o tabicadas en las cuales existen estructuras que delimitan la existencia de líquidos en determinadas áreas^{8,10,13}.

Los autores del presente trabajo consideran de vital importancia realizar preguntas durante el interrogatorio que estén enfocadas en el curso de la enfermedad y la forma de aparición de la distensión abdominal; así como de existir dolor una adecuada descripción de este teniendo en cuenta su aparición, localización, intensidad, carácter, irradiación, alivio, frecuencia, duración y la presencia de síntomas acompañantes, pues constituirán elementos de enfoque en el diagnóstico etiológico.

El examen físico debe de realizarse de forma minuciosa, siguiendo el orden lógico de exploración del abdomen: inspección, auscultación, percusión y palpación para no alterar los movimientos funcionales de las asas digestivas⁶.

En la inspección se puede observar el abdomen aumentado de tamaño en forma de obús, con desplegamiento del ombligo, piel lisa, brillante y tensa, con presencia o no de circulación colateral, exageración de la lordosis lumbar y ensanchamiento de la base del tórax^{6,12,13,14}.

Autores como García Martínez R¹² y Valenzuela M¹⁴ aseguran en sus estudios de que con la inspección solamente se puede diagnosticar la ascitis, mientras que autores como Llanio Navarro⁶ insiste que es necesario realizar todas las técnicas del examen físico. Nosotros optamos por la variante de Llanio.

La auscultación no suele aportar elementos diagnósticos, pero cuando se combina con la percusión de dos monedas en las regiones declives suele apreciarse un signo por el movimiento de las ondas líquidas conocido como signo de la moneda de Pitres y el signo de Cruveilhier-Baunngarten^{6,10}.

Valenzuela M¹⁴ describe que en la percusión se escucha matidez en los puntos declives del abdomen variantes según los cambios posicionales; siendo importante la exploración de todo el abdomen, pues en los derrames tabicados se pueden observar zonas mates sin modificación postural alternando con zonas sonoras: matidez en tablero de damas^{13,14}.

Diversos estudios concuerdan^{11,12,14} que en la palpación se registran elementos como son una tensión parietal y variante según la cantidad de líquido y el tono muscular; existiendo dolor o no. Se puede evidenciar el signo del tímpano de hielo cuando se realiza movimientos depresivos bruscos sobre epigastrio e hipocondrios; apreciándose como si la víscera estuviera flotando después de ser sumergido en el líquido.

Vidal Z¹⁵ y Zhang M¹⁶ coinciden en que la conducta a seguir ante un síndrome ascítico se debe diferenciar en conducta investigativa y terapéutica. La conducta investigativa se subdivide en exámenes de laboratorio clínico, microbiológico, anatomo-patológicos y citológicos y estudios imagenológicos.

Dentro de los estudios de laboratorio son imprescindibles la realización de hemograma completo, eritrosedimentación y hemoquímica; pues orientarán sobre causas infecciosas, tumorales o daños en estructuras morfológicas^{7,8,9}.

El estudio del líquido ascítico es la prueba de oro en el diagnóstico de esta entidad, este se debe de estudiar en tres variantes: citoquímico, microbiológico y citológico; una vez que sea extraído mediante la paracentesis; pudiendo ser clasificado este por sus características biofísicoquímicas como trasudado (de origen mecánico, líquido claro, transparente, de color amarillo, fácil de obtener; correspondiente por lo general con enfermedades circulatorias, cardiovasculares, renales, hepatoportales o nutricionales) o como exudado (de origen inflamatorio; líquido amarillo turbio, secundario a tumores, traumas o infarto mesentérico). Existen otros tipos de líquidos según sus características macroscópicas como: líquido de color pardo, hemorrágico, lechoso, de contenido biliar, gelatinoso, entre otros^{6,11,12,13}.

Los presentadores de este caso son partidarios de Llanio R⁶ y García Martínez¹² sobre la importancia que se le confiere al análisis macroscópico del líquido ascítico, pues el ojo del examinador debe de estar dotado de la capacidad de no depender de máquinas procesadoras ante situaciones de contingencia; de igual forma no rechazamos los criterios de Tellez L¹¹ y Guerrero S⁹ sobre la importancia vital del procesamiento de laboratorio.

En el estudio citoquímico se debe de medir la densidad, el contenido de proteínas, contenido de albumina de líquido, proteína del líquido/proteína sérica, gradiente de albumina (sérica-líquido), aspecto y Rivalta cualitativa, con valores de referencia fijos para estos parámetros que por exceso hablan de exudado y por defecto de trasudado^{6,14,15}.

Un parámetro importante a determinar es la relación glucosa del líquido/glicemia; pues permitirá excluir el diagnóstico de ascitis tuberculosa; siendo una relación de glucosa del líquido/glicemia menor que 0.96 indicador de ascitis tuberculosa; mientras que en los síndromes ascíticos de otras causas agudas la relación es por encima de 1⁶. Teniendo en cuenta el bajo costo de este estudio, emitimos la sugerencia de que ante todo paciente con ascitis sea calculada la razón glucosa del líquido/glicemia.

En el estudio microbiológico se debe de realizar centrifugación y frotis teñidos con Gram, BAAR y Ziehl Nelsen, así como cultivo que permitirá demostrar la presencia de agentes infecciosos^{6,8,9}.

Diversos estudios^{6,7,9,15} coinciden que la citología permitirá precisar las diferencias entre exudado y trasudado; siendo de gran importancia el estudio de los líquidos con naturaleza de exudado, los cuales contiene abundantes células, grandes células vegetantes con núcleos en mitosis o placas endoteliales en las neoplasias peritoneales y grandes células vacuoladas con núcleos gruesos^{6,7,9,10,15}.

Consideramos que se pueden indicar otros estudios como son: marcadores tumorales, PSA, heces seriadas, rapitest VIH, serología, hepatitis B y C, Urocultivo y coagulograma que permiten estudiar enfermedades concomitantes o factores desencadenantes.

Dentro de los estudios imagenológicos resulta útil la radiografía de tórax y abdomen, ultrasonido abdominal simple y Doppler y la Tomografía Axial Computarizada con contraste; todos estos permiten cuantificar la cantidad de líquido ascítico y la posible causa. Se pueden indicar otros estudios cuando la causa no es precisada por estos como son: endoscopia, colonoscopia, ecocardiograma y laparoscopia; esta última según diversos autores, constituye el método más importante para el diagnóstico positivo de la ascitis y para precisar la etiología; pues permite observar directamente la cavidad abdominal y tomar biopsia de las distintas estructuras que impresionen anomalías^{6,14,16}.

Coincidimos con autores como Noya M⁷ y Guerrero S de que la Tomografía Axial Computarizada es la prueba de mayor eficiencia cuando la causa no está clara para el médico internista o radiólogo; le damos importancia al uso de la ecografía como describe Llanio R⁶, teniendo en cuenta los adelantos en los equipos de estudio imagenológicos.

Existen diversas afecciones abdominales que por su comportamiento pueden simular una ascitis, por lo que resulta importante tenerlas en cuenta para no incurrir en errores diagnósticos; estas son: edema de la pared abdominal, meteorismo generalizado, vientre adiposo, neumoperitoneo, megacolon, tumores diversos, pseudoascitis, retención de orina, quiste del ovario y embarazo simple o complicado con hidramnios en el caso de las mujeres⁶.

Autores de gran prestigio^{7,10,11,12,13} coinciden en que la conducta a seguir desde el punto de vista terapéutico va encaminada de manera inicial a la restricción

de sodio en la dieta a menos de 2 g por día, lo que incluye prescindir del uso de sal de mesa y de alimentos ricos en sodio. El uso de medicamentos diuréticos es indispensable y el empleo de antagonistas de la aldosterona (espironolactona, amilorida) es de elección. Se debe subrayar que la monoterapia con diuréticos de asa está contraindicada. El manejo de monoterapia con espironolactona está indicado en pacientes con ascitis moderada sin edema periférico a razón de 100 mg/día como dosis de inicio, son olvidar que el efecto de este fármaco es evidente después de 3 a 5 días de uso. Se recomienda el manejo combinado de espironolactona y furosemida para mantener un balance de electrolitos normal, esquema útil en pacientes con edema periférico, por lo que se puede iniciar con una dosis de 100 mg de espironolactona y 40 mg de furosemida en una toma matutina por vía oral. Si la pérdida de peso y la natriuresis son inadecuadas, la dosis de ambos agentes se puede incrementar en 100/40 mg cada 3 a 5 días. La dosis máxima tope aceptada es de 400 mg y 160 mg para estos fármacos.

Entre las principales complicaciones de este síndrome podemos encontrar: peritonitis bacteriana espontanea, síndrome hepatorrenal, niveles bajos de sodio en sangre y las propias inducidas por el tratamiento por diuréticos: encefalopatía, insuficiencia renal, hiponatremia e hipocalcemia^{8,9,10}.

Los autores recalcan la idea de que la ascitis como síndrome tiene una elevada tasa de incidencia, con un manejo relativamente fácil en la práctica médica siempre y cuando este definida la causa desencadenante; pero que en ocasiones resulta altamente complejo el estudio y tratamiento por la pluralidad de etiologías y desbalances en los mecanismos morfofisiologcos de regulación.

CONCLUSIONES

La ascitis es la colección líquida situada dentro de la cavidad peritoneal y en íntimo contacto con sus dos hojas visceral y parietal. La naturaleza del líquido varía con los factores etiopatogénicos que hayan intervenido en su producción, teniendo síntomas funcionales y signos físicos que tienen como elemento cardinal el aumento de volumen de la cavidad abdominal. La conducta a seguir investigativa radica en exámenes de laboratorio clínico, microbiológico, anatomopatológicos e imagenológicos, mientras que la terapéutica tiene como pilares el uso de diuréticos del asa, la paracentesis y la utilización de albumina humana. Existen una serie de afecciones abdominales y pelvianas que se deben de diferenciar por la similitud que tiene su curso con el de la ascitis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Armstrong O. Anatomía quirúrgica de las paredes abdominales. EMC [Internet]. 2021 [citado 9 abr 2023]; 37 (4): 1-12. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/51282-9129\(21\)45675-8](https://doi.org/10.1016/51282-9129(21)45675-8)
2. Cazelles A, Marceau G, Maggiori L. Anatomía quirúrgica del Colon. EMC [Internet]. 2023 [citado 9 abr 2023]; 39 (1): 1-9. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/51282-9129\(22\)47399-57](https://doi.org/10.1016/51282-9129(22)47399-57)
3. Mendoza L, Parada M, Carvajo G, Bueno M, Dianderas F. Anatomía y patología peritoneal. Importancia de la dinámica del líquido peritoneal en la distribución y diseminación de la enfermedad. SERAM [Internet]. 2023 [citado 9 abr 2023]; 36(1): 1-18. Disponible en: [hhttps://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/8589](https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/8589)
4. Colectivo de autores. Morfofisiología III. 2nd ed. La Habana: ECIMED; 2015.
5. Guyton & Hall. Tratado de fisiología médica. 14^a ed. USA: Edimeinter; 2021.
6. Llanio Navarro R, Perdomo González G. Propedéutica Clínica y Semiología Médica. 2 ed. La Habana: ECIMED, 2004. p 969-976
7. Noya M, Moya N et al. Roca Goderich Temas de Medicina Interna. 5ta ed. La Habana: ECIMED, 2017.
8. Fábrega E, Huelin P, Fortea JI, Crespo J. Ascitis. ScienceDirect [Internet]. 2020 [citado 9 abr 2023]; 13(6): 327-333. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.med.2020.04.004>
9. Guerrero S, Bustos A, Castañeda S, Jaimes M. Ascitis pancreática traumática, manejo conservador: Reporte de un caso. Rev. Cir [Internet]. 2021 [citado 9 abr 2023]; 73 (5): 1-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-454920210051070>
10. Flores G, Aguila M, Lazo A, et al. Ascitis quillosa o quiloperitoneo, un desafío diagnóstico y un reto en el tratamiento conservador para el cirujano general: presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2021 [citado 9 abr 2023]; 27 (1): 1-12. Disponible en:

https://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582021000100008&lng=es.

11. Téllez L, Aicart M, Rodríguez MA, Martínez L. Ascitis: diagnóstico diferencial y tratamiento. ScienceDirect [Internet]. 2016 [citado 9 abr 2023]; 12(12): 637-682. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.med.2016.05.021>
12. García Martínez R. Ascitis, insuficiencia renal aguda y encefalopatía hepática. ScienceDirect [Internet]. 2016 [citado 9 abr 2023]; 12(11): 617-626. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.med.2016.05.012>
13. Odriozola A, Treviño J. Causas infrecuentes de ascitis: Reporte de 5 casos. Rev haban cienc méd [Internet]. 2021 [citado 9 abr 2023]; 20 (5). Disponible en: <https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/4392>
14. Valenzuela M, Joffre P, Reimer C, Valdés S, Grassi B. Manejo nutricional de ascitis quillosa: Serie de casos y revisión de la literatura. Rev. chil. Nutr [Internet]. 2020 [citado 9 abr 2023]; 47 (6). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182020000601038>
15. Vidal D, Paola K, Verá S, Moreno L. Treatment of refractory ascites: Current strategies and new landscape of non-selective beta-blockers. ScienceDirect [Internet]. 2020 [citado 9 abr 2023]; 45(9): 715-723. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2022.02.004>
16. Zhang M, Li y. Eosinophilic gastroenteritis: A state of the art review. J Gastroenterol Hepatol [Internet]. 2017 [citado 9 abr 2023]; 32 (1): 64-72. Disponible en: <https://doi:10.1111/jgh.13463.PMID:27253425>