



CASO 22-2015: Masculino 54 años con ascitis maligna refractaria: uso del catéter venoso central



Hospital San Juan de Dios, San José, Costa Rica. Fundado en 1845

**ISSN
2215-2741**

Recibido: 4/05/2015
Aceptado: 2/07/2015

Dra. Andrea Medina Méndez¹

¹Medico Asistente Especialista en Medicina Paliativa de Adultos. Hospital Dr. Escalante Pradilla, Caja Costarricense del Seguro Social. andreamedinacr@hotmail.com

RESUMEN

Paciente masculino de 54 años vecino de Pérez Zeledón con antecedente de etilismo y tabaquismo y portador de una Hepatitis B y un cistoadenoma de la vía biliar. Asocio una ascitis maligna que requería una paracentesis cada 3-4 días por lo que se le colocó un catéter venoso central fenestrado para el drenaje domiciliar de su ascitis con lo que logro mejorar su calidad de vida.

PALABRAS CLAVE

Ascitis maligna, paliativo, catéter

ABREVIATURAS

AM: Ascitis Maligna
HEP: Hospital Fscs Escalante Pradilla

ABSTRACT

Male patient, 54 years of Pérez Zeledón neighbor with a history of alcohol abuse, smoking and carrying a Hepatitis B and biliary cyst adenoma. Associate malignant ascites requiring paracentesis every 3-4 days so that was placed fenestrated central venous catheter for house hold drain ascites there by achieving better quality of life.

KEY WORDS

Malignant ascites, palliative, catheter

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 54 años vecino de San Isidro de Pérez Zeledón con antecedente de etilismo y tabaquismo. Portador de Hepatitis B (desde 1993) y osteoporosis, a quién en Febrero del 2014 se le diagnosticó un cistoadenoma de la



vía biliar. No fue candidato a cirugía y no fue valorado por oncología médica.

Llegó a consulta externa de Medicina Paliativa (MP) del Hospital Dr. Escalante Pradilla (HEP) en Julio del 2014 referido de Atención Primaria para inicio de manejo paliativo. Se le inició furosemida 40mgbid VO, espironolactona 50mg HS VO y se incluyó en el programa de Visita Domiciliar. Un mes después de la primera VD usando furosemida a 40mg bid VO y espironolactona 100mg HS VO se documentó que el paciente estaba asistiendo cada 3-4 días al servicio de Emergencias del HEP para que se le realizarán paracentesis evacuadoras con un Karnosky de 80%. El paciente se quejaba de insomnio, dolor abdominal, náuseas, vómitos asociado a la distensión abdominal que empeoraban en relación al aumento de su ascitis. En vista de que las medidas de cambio en el estilo de vida y el uso de diuréticos no lograban brindarle un alivio; se le propone la colocación de un catéter peritoneal para el manejo de dicha ascitis maligna refractaria a tensión. Tenía un gradiente albumina sérica/peritoneal (SAAG): 1.9g/dl (alto).

El 25 de Agosto del 2014, previa firma de consentimiento informado. Se colocó un catéter venoso central (que había sido fenestrado) con técnica aséptica a nivel abdominal en punto de inserción de las paracentesis evacuadoras que se le habían realizado. El catéter se fijó de forma usual y se le adaptó una conexión de suero que a su vez se adaptó a una bolsa colectora de orina. Se entrenó a los familiares a abrir y cerrar la conexión para que le drenaran el líquido ascítico dos veces al día con un máximo de 1500 cc por día.

Posterior a la colocación del catéter, paciente curso sin insomnio, sin dolor, sin estreñimiento, sin vómitos. Presento aisladas náuseas, leve anorexia y un leve hiperemia, sin secreciones sin aumento local de la temperatura y menor a 0.5 cm que se trató con antibiótico tópico tid.

Se suspende el catéter a los 15 días de colocados por disminución importante de la cantidad de líquido que drenaba (500cc c/24hrs) y se aumentó la dosis de los diuréticos (espironolactona 100mg c/8hrs y furosemida 40 mg bid VO). Sin embargo presento una hiponatremia (121mmol/L) secundaria a diuréticos por lo se

tuvo que disminuir la dosis y la ascitis se exacerbó. Así que en conjunto se decidió colocar un nuevo catéter, furosemida 40 mg bid VO y espironolactona 100 c/d VO. Este últimocatéter funcionó por 20 días y se suspendió a solicitud de paciente por que presento fuga del líquido ascítico en el punto de inserción del mismo.

Durante el tiempo que tuvo el catéter colocado; el paciente fue capaz de ir a Esparza y Ciudad Neilly a visitar a familiares sin presentar complicaciones y logrando así satisfacer sus necesidades espirituales.

DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DEL CASO

Se habla de Ascitis Maligna (AM), cuando el acumulo de líquido ascítico en la cavidad peritoneal, está asociado a un padecimiento oncológico^(1,2) y representa apenas el 10% de todas las ascitis⁽³⁻⁹⁾

A partir del diagnóstico de AM; el paciente tiene una esperanza de vida es de $\pm$ 20 semanas⁽⁹⁾; aunque para otros autores puede ser variable el tiempo (2-6 meses según Saiz. No existe una terapia anti-tumoral efectiva⁽⁹⁾. La AM se puede presentar como primer síntoma de una enfermedad oncológica en el 52-54%^(3,9) de los casos y de esos un 20% de todos los caso tienen un tumor primario desconocido^(5,7,10,11).

Fisiopatología de la ascitis maligna

Es compleja y multifactorial. Donde intervienen tanto la neovascularización con un aumento de la permeabilidad capilar, obstrucción en el drenaje y producción forzada de líquido peritoneal⁽¹²⁾. Sin olvidar el estímulo de factores como las glicoproteínas, el Factor de Crecimiento Vascular Endotelial (VEGF)

Muchos pacientes con ascitis maligna tienen un alto contenido de proteínas, esto va a alterar la permeabilidad vascular, esto ha sido implicado también en la patogénesis de la ascitis⁽⁵⁾.

Cuadro clínico

La presentación clínica es muy variada, pero en general puede encontrarse: disnea, náuseas, anorexia, fatiga, reflujo gastroesofágico, distensión abdominal, dolor abdominal, limitaciones a la movilidad, distres respiratorio, anasarca, saciedad temprana, aumento de peso, cambios en los



hábitos intestinales y edema escrotal, en pene y periférico.

En el examen físico se puede encontrar un abombamiento de los flancos (cuando hay entre 500 y 1000 mL de líquido), matidez en los flancos, el signo de la ola, el signo del charco (cuando hay entre 300 y 400 mL de líquido), hernia abdominales, matidez a la percusión de la base del hemitoráx derecho (derrame pleural) y edemas en miembros inferiores, genitales y abdomen bajo.

La AM se puede clasificar según:

- 1- Por el SAAG en <1.1 (bajo) ó >1.1 (alto)
- 2- Por su severidad: leve, moderada, severa
- 3- Por la presencia de complicaciones: no complicada o complicada
- 4- Según la refractariedad: resistente a diuréticos o intratable a diuréticos

Abordaje terapéutico

La selección de una modalidad de tratamiento apropiado, sigue siendo un cuidadoso proceso, que debería tener en cuenta:

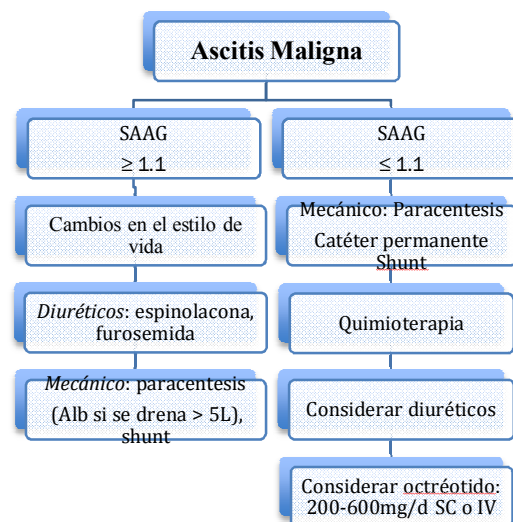
-El potencial riesgos

-Beneficios

-La esperanza de vida de la paciente según su pronóstico

En relación al manejo médico de la AM lo primero que se debe de hacer es clasificar la AM según SAAG y en base a esta clasificación iniciar el manejo (algoritmo 1)

Tabla 1. Algoritmo de la Ascitis Maligna



Fuente: Tarascon. Palliative Medicine Pocketbook. 2012. Pag 52 (20)

Diuréticos

1° línea de tratamiento para algunos autores. Se considera efectiva en el 40% pacientes con ascitis maligna⁽⁶⁾. Se logra reabsorber con los diuréticos un máximo de 800mL por día con una pérdida de 1kg/día. Su eficacia es mayor cuando la ascitis es 2° a metástasis hepáticas con hipertensión portal e hipoalbuminemia⁽¹²⁾.

Paracentesis

Es la terapia más común y efectiva. Logra un alivio temporal de los síntomas en el 90%⁽³⁾.

La severidad de los síntomas se correlaciona con la presión intraperitoneal previa al procedimiento pero no con el volumen de líquido de ascitis⁽¹³⁾. Antes de su realización se debe valorar el riesgo del paciente para el desarrollo de complicaciones. Es difícil predecir qué pacientes pueden presentar estas complicaciones⁽¹⁴⁾.

El alivio de los síntomas con la paracentesis suele un promedio de 10 días⁽¹³⁾. En los pacientes que precisan paracentesis de repetición (> 1 cada 7-15 días) debería plantearse el uso de catéteres permanentes⁽¹⁴⁾.



Catéteres:

Para pacientes a los que hay que realizarle paracentesis frecuentes (<7 días) son los que ven más beneficiados. El drenaje puede ser permanente o intermitente para así evitar la tensión.

Beneficios: autodrenaje, elimina la necesidad de hospitalización y menor discomfort.

Complicaciones: Peritonitis, celulitis, fuga en el sitio de punción infección del catéter, oclusión del catéter, fuga del catéter e hipotensión severa.

Contraindicaciones: síndrome adherencial y carcinomatosis y líquido loculado

Existen muchas opciones de catéteres: “pigtail,” pleurX, Tenckhoff, port-a-cath, de diálisis (tunelizados). La mayoría de los autores prefieren los catéteres tunelizados porque asocian un menor riesgo de infección y tienen mayor estabilidad que los “pig-tail” estándares. La Food and Drug Administration (FDA) aprobó en el 2005 el uso de los catéteres Pleur X para el manejo de la AM⁽¹⁾.

La infección del catéter está más asociada a la duración por lo que debe de usarse en pacientes con expectativa de vida de semanas y no meses. Se entrena al paciente para que se drena a diario por las primeras 2 semanas y luego PRN⁽⁷⁾.

CONCLUSIONES

La aparición de la AM le va a dar una gran gama de sintomatología al paciente que lo hará consultar múltiples veces en los servicios de emergencias; lo cual le limitará su calidad de vida y donde el uso de diuréticos y los cambios en el estilo de vida tienen una aplicación limitada. Por lo que se hace necesario buscar alternativas terapéuticas como el uso de catéteres peritoneales para que el paciente recupere su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Prommer E Ammouri L. *Palliative treatment of malignant ascites: profile of catumaxomab*. Biol Targets Ther. mayo de 2010;103.

2. Guillén et all. *Manejo Paliativo de la Ascitis en Pacientes Oncológicos*. Cancerologia. 2008;3:149-57.
3. Saif M Siddiqui IP Sohail M. *Management of ascites due to gastrointestinal malignancy*. Ann Saudi Med. 2009;29(5):369.
4. Tewari K Eskander RN. *Emerging treatment options for management of malignant ascites in patients with ovarian cancer*. Int J Womens Health. agosto de 2012;395.
5. Becker G Galandi D Blum HE. *Malignant ascites: Systematic review and guideline for treatment*. Eur J Cancer. marzo de 2006;42(5):589-97.
6. Chung M Kozuch P. *Treatment of Malignant Ascites*. Curr Treat Options Oncol. junio de 2008;9(2-3):215-33.
7. Rosenberg SM. *Palliation of Malignant Ascites*. GastroenterolClin North Am. marzo de 2006;35(1):189-99.
8. Saiz-Mendiguren R, Gómez-Ayechu M, Noguera JJ et al. *Drenaje permanente tunelizado de la ascitis maligna: experiencia inicial con el catéter PleurX®*. Radiología. noviembre de 2010;52(6):541-5.
9. Sangisetty SL. *Malignant ascites: A review of prognostic factors, pathophysiology and therapeutic measures*. World J Gastrointest Surg. 2012;4(4):87.
10. BerchidDébdi M Martínez Chaves V Ceacero Rodríguez C Medina Muñoz J. *Paracentesis evacuadora domiciliaria en cuidados paliativos realizada por profesionales de atención primaria. Presentación de un caso*. SEMERGEN - Med Fam. abril de 2013;39(3):161-4.
11. Sales Moreno P Calsina-Berna A López Postigo M et I. *Estudio descriptivo sobre el uso de catéteres peritoneales en el manejo de la ascitis maligna*. Med Paliativa. enero de 2012;19(1):38-44.
12. Cavazzoni E Bugiantella W Graziosi L Franceschini MS Donini A. *Malignant ascites: pathophysiology and treatment*. Int J ClinOncol. febrero de 2013;18(1):1-9.
13. Mullard AP Bishop JM Jibani M. *Intractable Malignant Ascites: An Alternative Management Option*. J PalliatMed. febrero de 2011;14(2):251-3.
14. Salinas A Benitez M. *Diagnóstico y tratamiento de la ascitis en pacientes con cáncer en fase terminal*. Med Paliativa. 2006;13(2):94-9.



CONFLICTO DE INTERÉS Y/O AGRADECIMIENTOS

Los autores declaran que no existió ningún conflicto de interés en el presente reporte.