

Ascitis, no todo es cirrosis descompensada

Almudena Hena Carrasco
Residente 4 año. Aparato Digestivo.
Hospital Infanta Cristina. Badajoz
10.Noviembre.2011

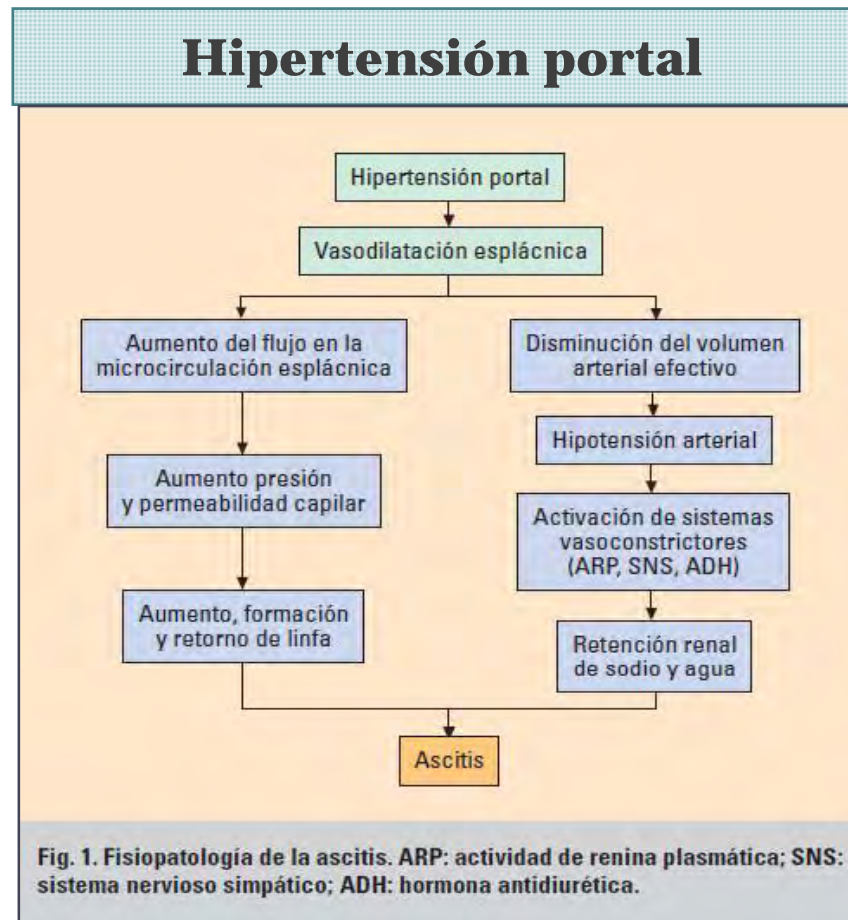
Introducción

- Presencia de líquido libre en la cavidad peritoneal
- La cirrosis constituye la principal causa de ascitis aunque puede aparecer por otras múltiples causas.

Enfermedad hepática	HTPo no cirrótica	Hipoalbuminemia	Enfermedades intestinales y del peritoneo	Enfermedades pancreáticas	Enfermedades ginecológicas	Miscelánea
Cirrosis	Enfermedad hepática venooclusiva	Sdr nefrótico	TBC peritoneal	Pancreatitis aguda	Sdr. de Meig	Ascitis quilosa
Insuficiencia hepática aguda	Sdr. Budd-Chiari	Desnutrición	Carcinomatosis peritoneal	Pancreatitis crónica	Carcinoma ovárico	Ascitis biliar
Hepatitis aguda alcohólica	Estenosis congénita de la cava inferior	Enteropatía pierde proteínas	Vasculitis	Cáncer de páncreas	Endometriosis	Hipotiroidismo
CHC	Insuficiencia cardíaca		Gastroenteritis eosinofílica		Tumores benignos ováricos	
	Pericarditis constrictiva		Enfermedad de Whipple			

- Diagnóstico precoz:
 - Investigar la etiología
 - Realizar un tratamiento correcto

Fisiopatología



- Otras causas**
- Ascitis maligna:
 - Carcinomatosis peritoneal
 - Metástasis hepáticas
 - CHC
 - Ascitis quilosa
 - Ascitis cardiaca y renal
 - Ascitis infecciosa
 - Ascitis biliar o pancreática

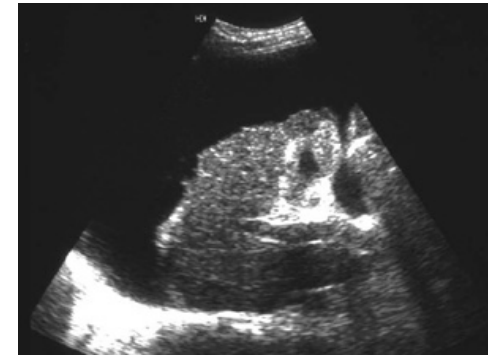
Clínica



- Distensión abdominal
- Molestias abdominales
- Edemas en MMII
- EF:
 - Matidez cambiante
 - Oleada ascítica
 - IY
- Grados: 1-2-3.

Diagnóstico

- Anamnesis y exploración física
- Técnicas de imagen:
 - Ecografía de abdomen
 - TC/RMN abdomen
- Paracentesis diagnóstica



Paracentesis diagnóstica



RUTINA

- Recuento celular
- Proteínas totales
- Cultivo
- Albúmina

GASA
(Albs-Alba)

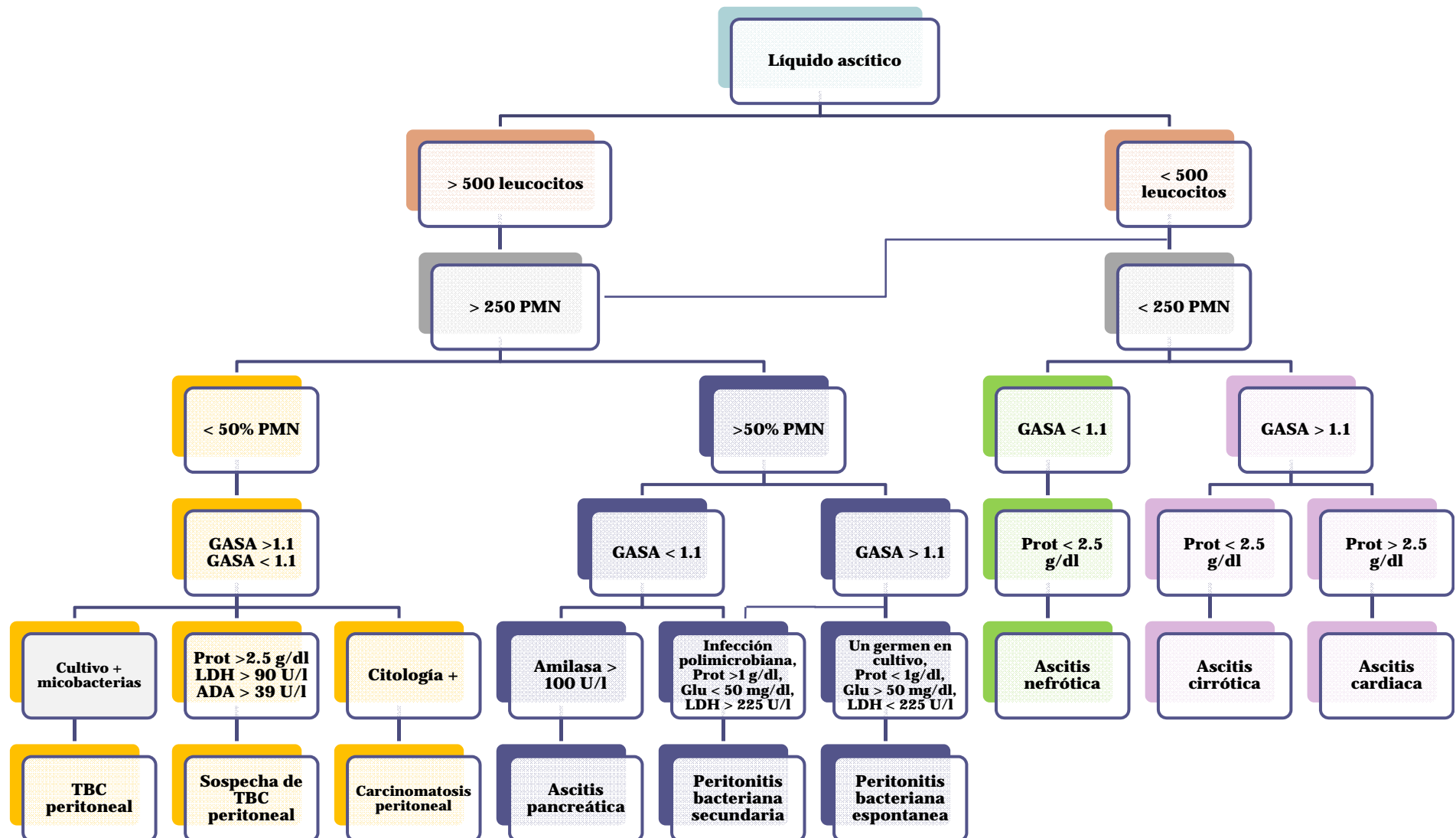
OPCIONAL

- LDH
- Glucosa
- Amilasa
- Tinción de gram
- Citología

INUSUAL

- ADA
- TG
- Bi
- Cultivo micobacterias

Algoritmo diagnóstico de la ascitis



Caso clínico...

Varón 28 años que acude a urgencias por vómitos, diarrea, distensión abdominal y pérdida de peso de tres semanas de evolución.

ANTECEDENTES PERSONALES

- No RAMs
- No hábitos tóxicos
- Asma bronquial
- ERGE
- IQx: osteocondroma pie izquierdo.
- No contactos sexuales de riesgo
- No viajes al extranjero
- No contacto con animales

TRATAMIENTO HABITUAL

- Omeprazol 20 mg: 0-0-1
- Cidine: 1-1-1
- Terbasmin: 1 inh cada 24 h
- Rilast: 1 inh cada 12 h

Enfermedad actual

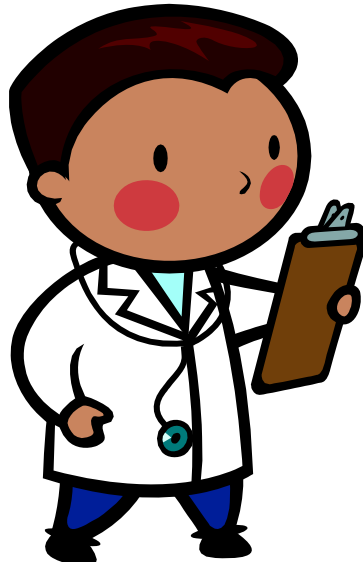
- Dolor abdominal difuso tipo retortijón
- Vómitos alimentarios postprandiales con intolerancia oral
- Aumento del número de deposiciones → 10-15 deposiciones diarias de consistencia líquida y escasa cuantía sin productos patológicos
- Sensación de distensión abdominal
- Sensación distérmica no termometrada
- Pérdida de peso no cuantificada



TA 120/60 FC 85 lpm T^a 37.4°C Sat O2 basal 99%

Regular estado general. Sintomático. Normohidratado, normoperfundido y normocoloreado

EXPLORACIÓN FÍSICA



- **CYC: no adenopatías.**
- **AC: regular, controlado, sin soplos.**
- **AP: normal.**
- **Abdomen: discretamente distendido con dolor a la palpación profunda epigástrica y semiología ascítica no a tensión.**
- **Extremidades: sin alteraciones.**

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS



HEMOGRAMA

•Hb 16.6 g/dl Hcto 47% VCM 80 Plaquetas 416000 Leucocitos 23000 (14400 neutrófilos, 5300 eosinófilos)

COAGULACION

•Normal

BIOQUIMICA

•Glucosa 101, función renal normal, sodio 141, potasio 4.3, proteínas totales 7.1, albúmina 4.3, AST 17, ALT 47, amilasa normal.

SISTEMÁTICO DE ORINA

•Normal

Rx ABDOMEN

•Sin alteraciones

Rx TORAX

•Sin hallazgos reseñables

¿ Sospecha clínica?





Síndrome diarreico

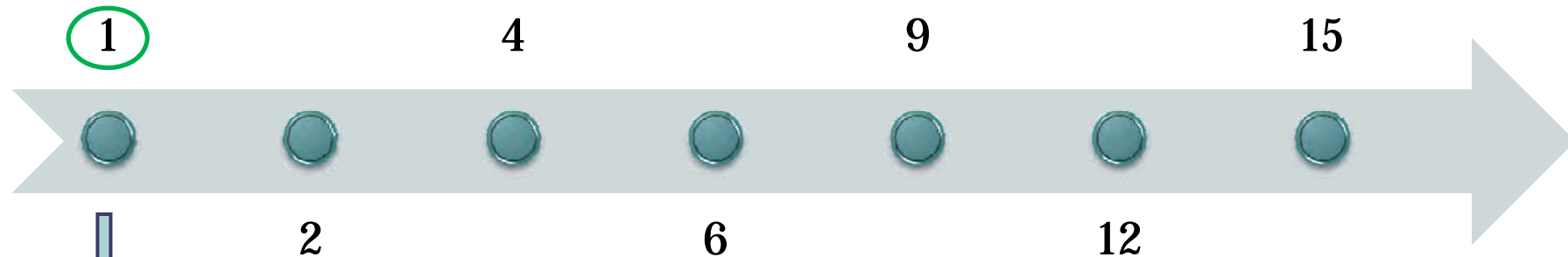
- **Infeccioso:**
 - Parasitosis
 - TBC intestinal
 - Enfermedad Whipple
- **Neoplásicas**
 - Linfoma intestinal
 - Adenoma vellosa
- EII
- Enteritis eosinofílica
- Enfermedad celiaca
- Fármacos

Eosinofilia periférica

- **Infecciosa:**
 - Parasitosis
- **Fármacos**
- **Inmunológica alérgico:**
 - Rinitis
 - Asma bronquial
- **Inmunológica no alérgica:**
 - Autoinmunes sistémicas (Enf Churg-Strauss, PAN)
 - Digestivas: EII, enteritis eosinofílica
- **Neoplásico:**
 - Enf Hodgkin
 - Linfoma
- **Síndrome hipereosinofílico**

**Sospecha de
ascitis de novo**

Evolución durante el ingreso hospitalario



- Hemograma, coagulación, perfil hepatorenal.
- RFA.
- Frotis en sp.
- Ig + IgE, hormonas tiroideas, serología celiaca, metabolismo hierro, ácido fólico y vit B12.
- Serología gérmenes enteroinvasivos, serología anisakis,
- Mantoux.
- Coprocultivos y parásitos en heces.
- Ecografía de abdomen.



Hb	15.9
Hto	46.9%
Plaquetas	373000
Leucocitos	20900
Neutrófilos	5100
Eosinófilos	9300
VSG	2

Metabolismo hierro	normal
Vitamina B12	normal
Ácido fólico	normal
Serología EI	negativas
Serología Anisakis	negativa
Inmunoglobulinas	normales
IgE	306
Serología celiaca	negativa
Hormonas tiroideas	normales

Glucosa	75
Urea	11
Creatinina	0.72
Proteínas	6.6
Albúmina	4.2
Calcio	10
Sodio	141
Potasio	4.7
LDH	443
AST	33
ALT	32
GGT	58
FA	79
PCR	6.86

Frotis sp: *leucocitosis con marcada eosinofilia, isocromía e isocitosis. Plaquetas normales.*



Ecografía de abdomen

*Angioma de 10 mm en segmento 4.
Estómago con pliegues muy prominentes y con patrón de capas conservado y grosor de 7.9 mm. Llama la atención que las asas de intestino delgado están dilatadas y espásticas, con paredes muy engrosadas (de hasta 8.5 mm). Líquido libre perihepático, periesplénico, interasas y pelvis.*

Evolución durante el ingreso hospitalario



Paracentesis diagnóstica

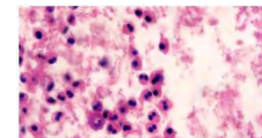


Hematíes	3240
Leucocitos	3360
PMN	90% (eosinófilos)
Proteínas totales	4,6
Albúmina	3,4
LDH	333
Glucosa	95
Amilasa	31
Tinción Gram	No se observan gérmenes



Cultivo LA

Negativo



Citología LA

Ascitis eosinofílica

GASA < 1.1



Síndrome diarreico

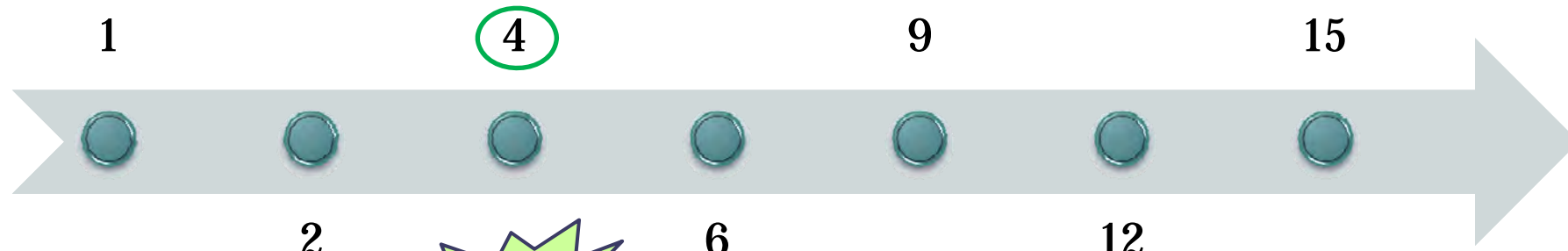
- Infeccioso:
 - Parasitosis
 - TBC intestinal
 - Enfermedad Whipple
- Neoplásicas
 - Linfoma intestinal
 - Adenoma vellosos
- EII
- Enteritis eosinofílica
- Enfermedad celíaca
- Fármacos

Eosinofilia periférica

- Infecciosa:
 - Parasitosis
- Inmunitaria alérgica:
 - Rinitis alérgica
 - Asma bronquial
- Inmunológica no alérgica:
 - Autoinmunes sistémicas (Enf Churg-Strauss)
 - Digestivas: EII, enteritis eosinofílica
- Neoplásico:
 - Enf Hodgkin
 - Linfoma
- Síndrome hipereosinofílico

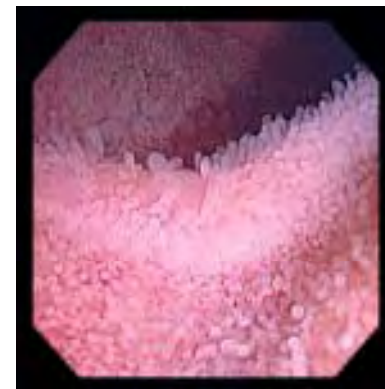
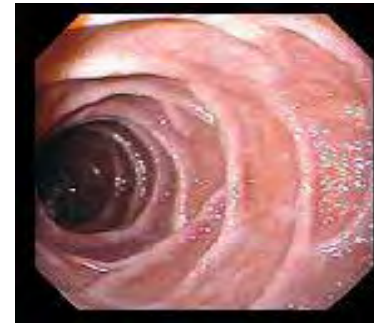
Ascitis eosinófila

Evolución durante el ingreso hospitalario



- Hemocultivos + urocultivo
- Endoscopia oral + biopsias + inmunología.
- Colonoileoscopia + biopsias

EDA + colonoileoscopia: sin hallazgos patológicos





NEGATIVO



**No se aislan microorganismos.
Parásitos negativos.**



NEGATIVOS

Comisión Docencia MIR. Área de Salud de Badajoz.
Noviembre 2011



NEGATIVO



Síndrome diarreico

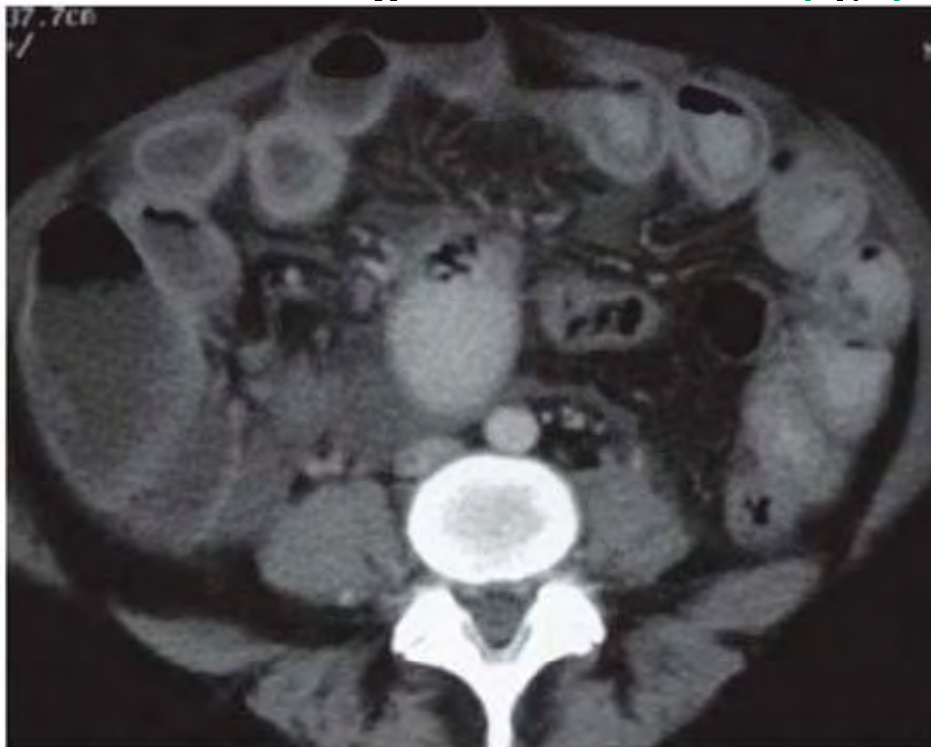
- Infecciosas
 - ~~Parasitosis~~
 - ~~TBC intestinal~~
 - Enfermedad Whipple
- Neoplásicas
 - Linfoma intestinal
 - Adenoma vellosos
- EII
- Enteritis eosinofílica
- ~~Enfermedad celíaca~~
- ~~Fármacos~~

Eosinofilia periférica

- Infecciosas
 - ~~Parasitosis~~
 - ~~TBC intestinal~~
- Inmunológica alérgica:
 - ~~Rinitis alérgica~~
 - ~~Asma bronquial~~
- Inmunológica no alérgica:
 - Autoinmunes sistémicas (Enf Churg-Strauss)
 - Digestivas: EII, enteritis eosinofílica
- Neoplásico:
 - Enf Hodgkin
 - Linfoma
- Síndrome hipereosinofílico

Ascitis eosinófila

Evolución durante el ingreso hospitalario

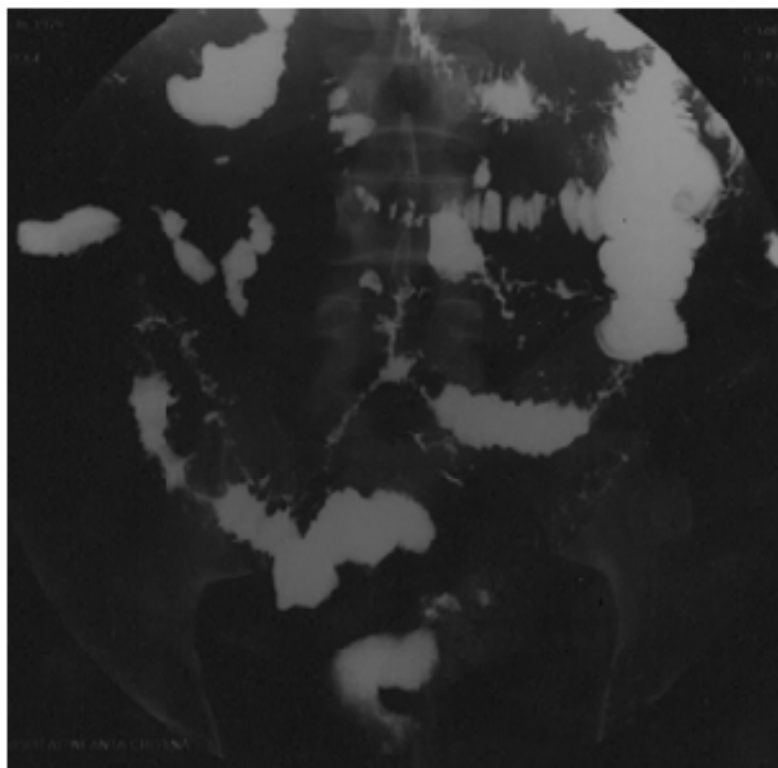
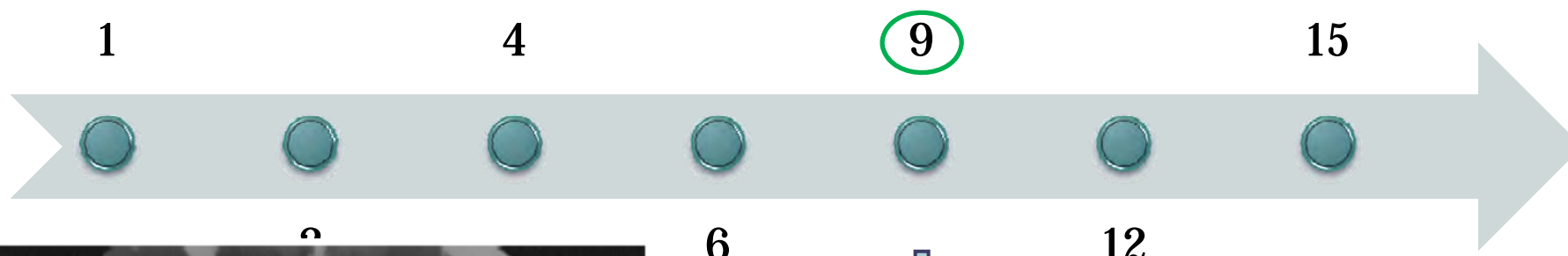


Comisión Docencia MIR. Área de Salud de Badaioz. Noviembre 2011

Abdominal

Parénquima pulmonar sin hallazgos patológicos. Cadenas ganglionares mediastínicas sin adenomegalias. Corazón, grandes vasos, traquea y bronquios principales sin alteraciones. No derrame pleural. *Hígado de tamaño normal con nódulo hipodenso de 10 mm en segmento 4. Abundante cantidad de ascitis. Engrosamiento de los pliegues y de la pared de asas de delgado, a valorar linfoma intestinal.* Vía biliar, bazo y páncreas sin hallazgos patológicos. Riñones, suprarrenales, grandes vasos y resto de estructuras retroperitoneales sin alteraciones.

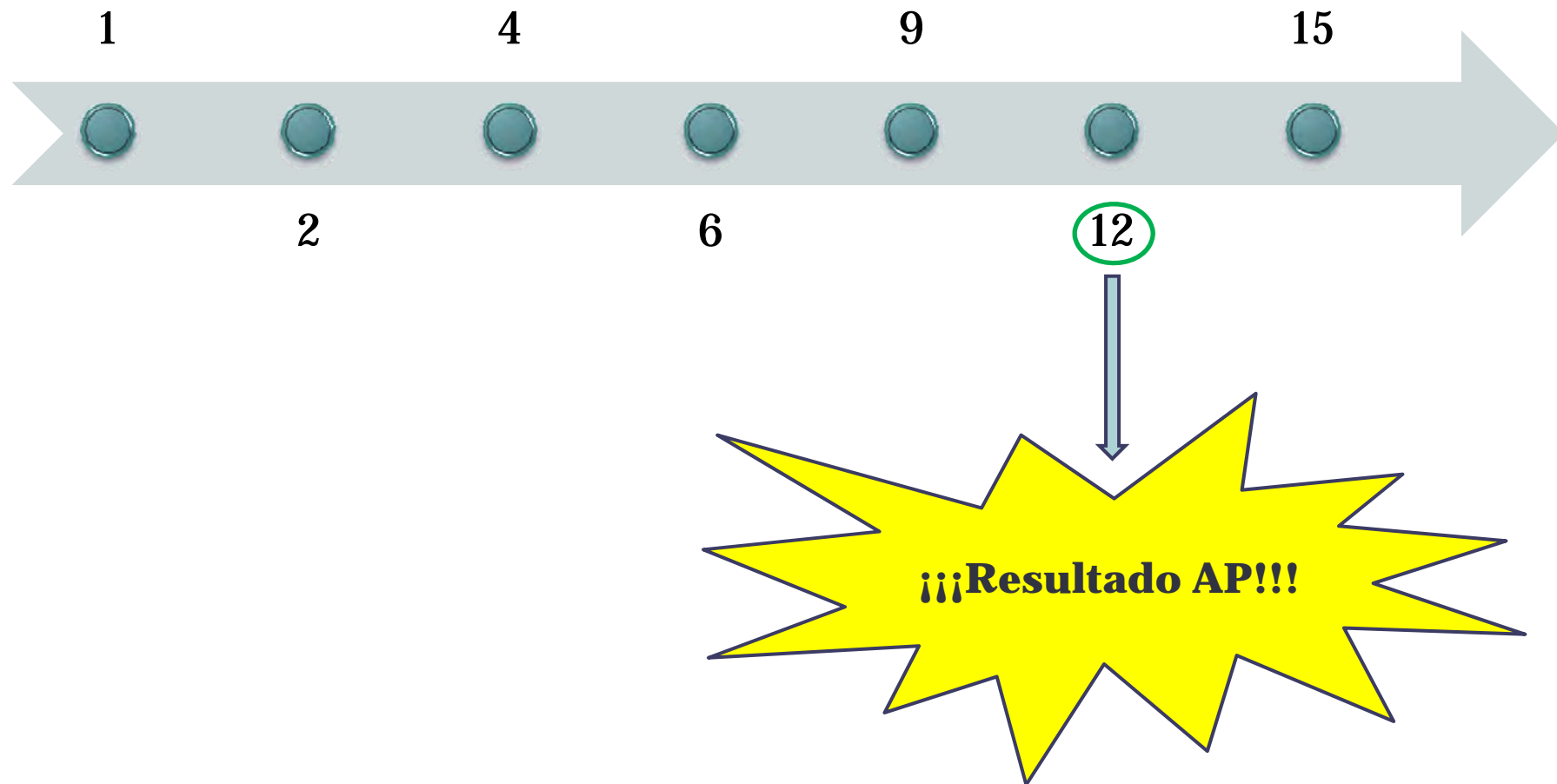
Evolución durante el ingreso hospitalario

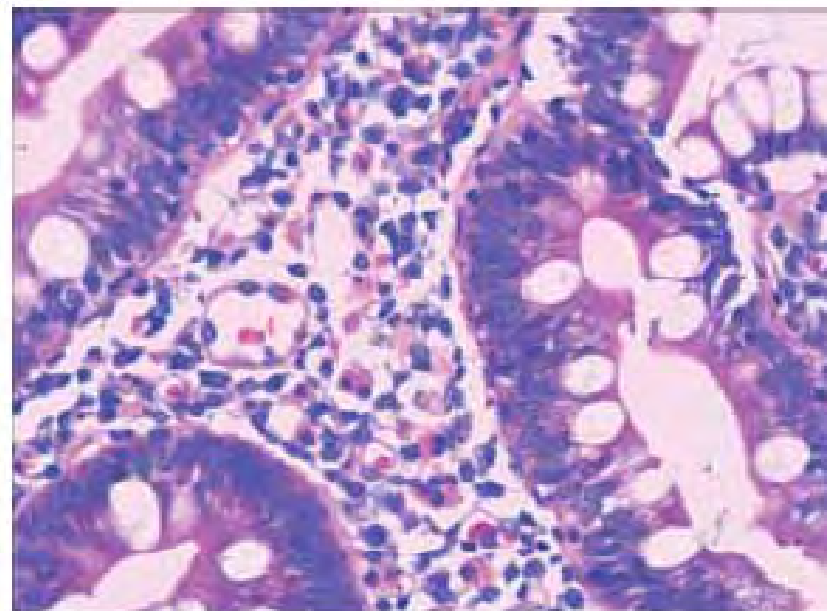
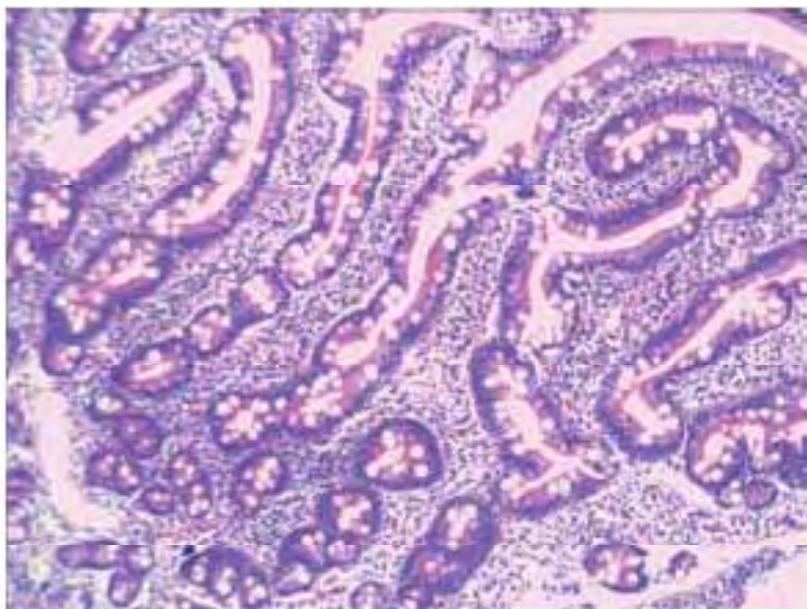


Tránsito intestinal

*Desorganización total del aspecto, la morfología y la distribución de las asas yeyunoileales.
Los segmentos dilatados alternan en la misma imagen con los estenóticos y a su vez todas las asas están separadas entre sí, probablemente por afectación del mesenterio.*


Evolución durante el ingreso hospitalario



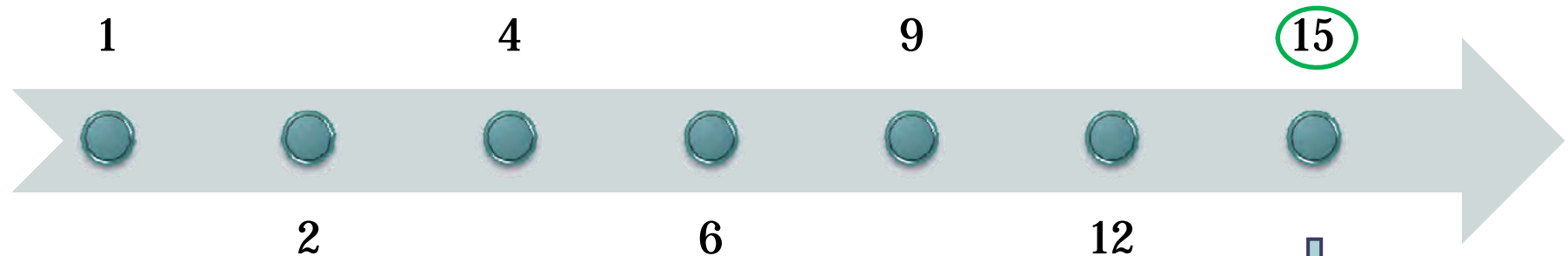


*Mucosa duodenal con acortamiento vellositario y presencia de infiltrado inflamatorio en la lámina propia con numerosos eosinófilos (>50/cga) con frecuentes imágenes de degranulación.
Inmunohistoquímica: LIE normales.*

GASTROENTERITIS EOSINOFÍLICA

- 
- Se inicia tratamiento con Prednisona 60 mg al día vía oral.
 - Muy buena respuesta clínica.
 - Disminución del número de deposiciones, desaparición de la febrícula y tolerando dieta oral.

Evolución durante el ingreso hospitalario



TRATAMIENTO AL ALTA

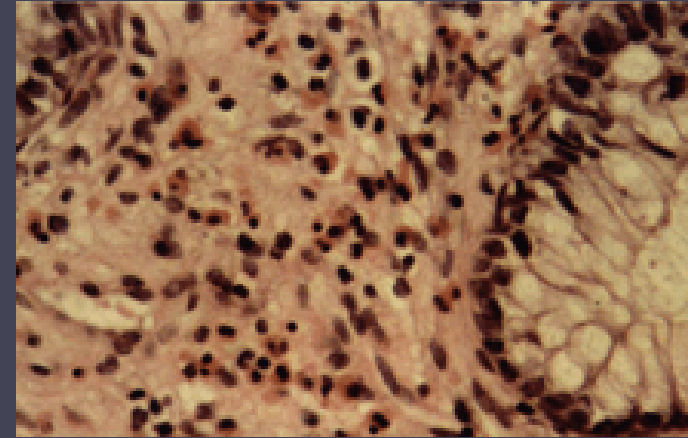
- PREDNISONA 60 MG: 1 cp al día durante una semana e ir disminuyendo 5 mg semanales hasta suspender
- CALCIO+VITAMINA D: 1 cp al día.
- OMEPRAZOL 20 MG: 1 cp al día.

Alta hospitalaria

Enteritis eosinofílica con afectación transmural

Revisión en CCEE Digestivo...

- **Asintomático.**
- **Analítica control:**
 - **Hemograma:** tres series normales (7200 leucocitos con 600 eosinófilos)
 - **Coagulación:** normal
 - **Perfil hepatorenal:** normal
- **Ecografía de abdomen:** angioma 10 mm en segmento 4.
- **IC Alergología:** no existe intolerancia alimentaria.
- **Tratamiento:** no precisa.
- **Alta por parte de Digestivo.**



Gastroenteritis eosinofílica



Introducción

- Eosinofilia tisular que puede afectar a diferentes capas de la pared del tubo digestivo y a cualquier parte de éste (esófago al recto).
- Descrita por Kaijser en 1937.
- Enfermedad poco frecuente: 1-20 casos/100000 hab
- Entidad infradiagnosticada.
- Varones entre 30-50 años.

Etiopatogenia

Etiología desconocida y patogenia no bien establecida.
Reacción de hipersensibilidad tipo I

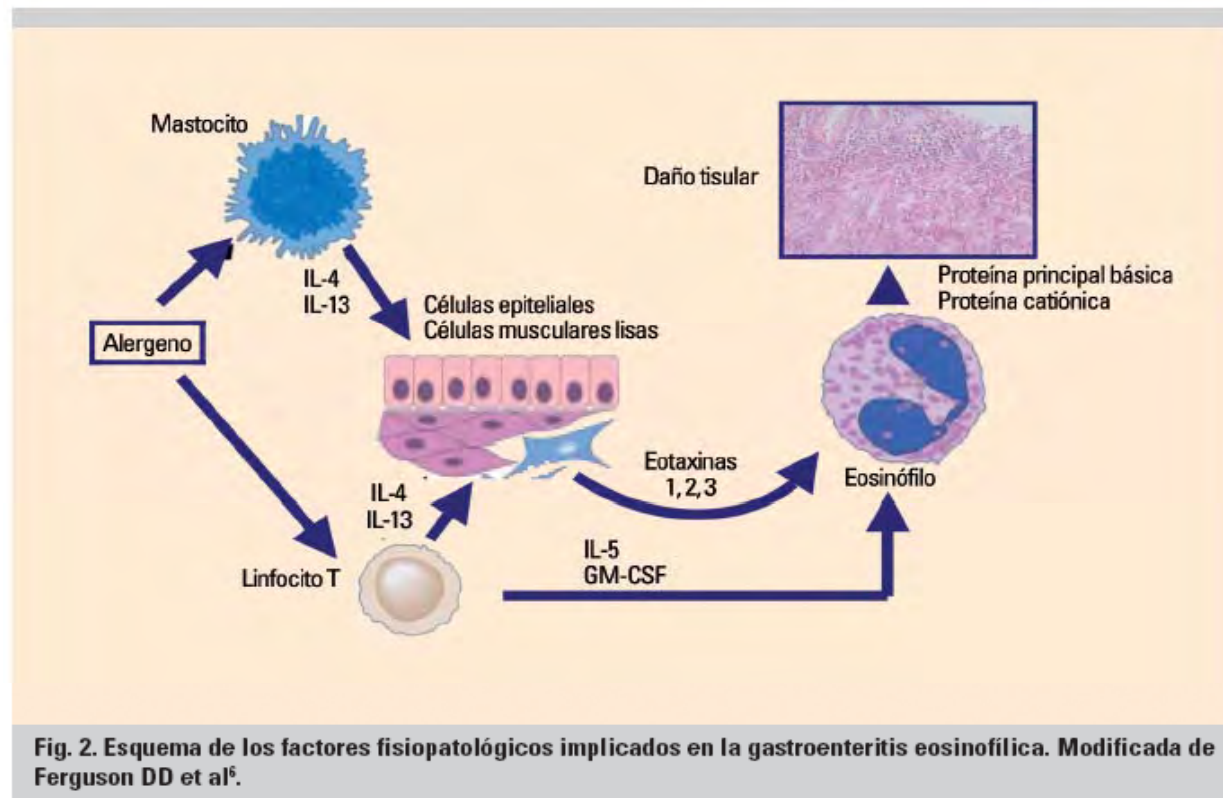


Fig. 2. Esquema de los factores fisiopatológicos implicados en la gastroenteritis eosinofílica. Modificada de Ferguson DD et al⁶.

Formas clínicas

Enfermedad mucosa	Enfermedad muscular	Enfermedad serosa
<ul style="list-style-type: none">• Más frecuente (60%).• Síntomas inespecíficos:<ul style="list-style-type: none">• Diarrea, dolor abdominal, N/V• AP o AF alergia.• Intolerancia o alergia alimentaria.	<ul style="list-style-type: none">• 30% pacientes.• Síntomas:<ul style="list-style-type: none">• Obstrucción intestinal• Pseudoacalasia• Estómago retención	<ul style="list-style-type: none">• Menos frecuente (10%)• Síntomas:<ul style="list-style-type: none">• Ascitis eosinofílica• Síntomas asociados del resto de afectaciones.

Diagnóstico

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA GASTROENTERITIS EOSINOFÍLICA

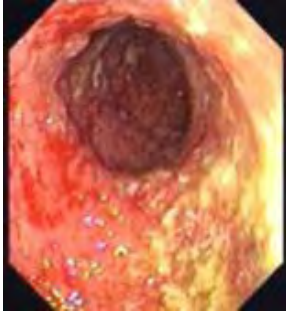
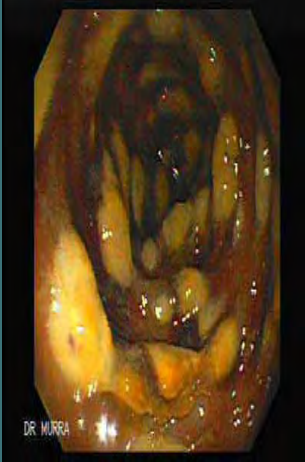
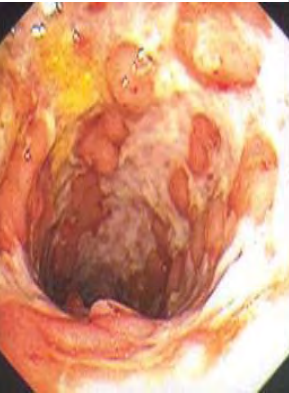


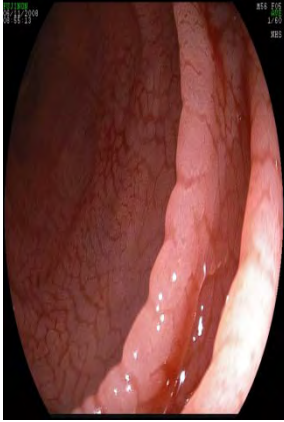
1. Existencia de síntomas gastrointestinales
2. Infiltración eosinófila en una o más capas del tubo digestivo, demostrada mediante biopsia ($> 20-25$ eosinófilos/campo) y/o presencia de ascitis eosinofílica (recuento celular con $> 85\%$ de eosinófilos)
3. Ausencia de afectación de otros órganos
4. Descartar otras entidades con síntomas gastrointestinales y eosinofilia periférica

Diagnóstico

- **Laboratorio:**
 - Eosinofilia en sangre periférica (80% pacientes)
 - Elevación IgE y VSG.
 - Datos de malabsorción: hipoalbuminemia, anemia ferropénica
- **Exploraciones radiológicas:**
 - Estudios baritados del tubo digestivo: poco sensibles e inespecíficos.
 - Ecografía de abdomen: hallazgos inespecíficos.
 - TC abdomen
- **Endoscopia y biopsias:**
 - Las lesiones macroscópicas inespecíficas
 - **Biopsia indispensable para el diagnóstico**
 - Afectación muscular: PAAF guiada por eco/TC.
- **Laparoscopia:**
 - En aquellos casos complicados

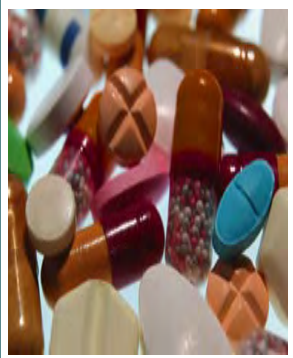
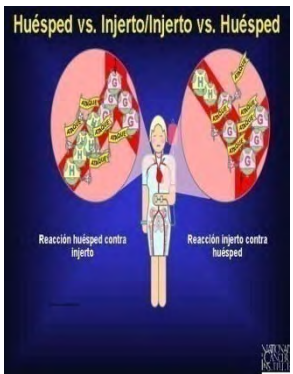
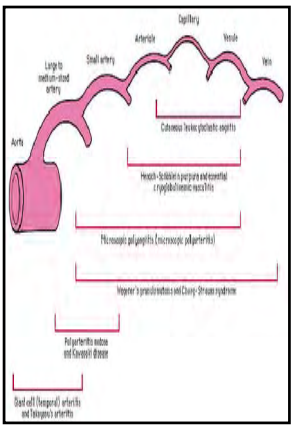

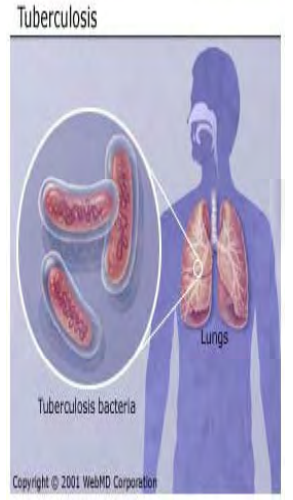
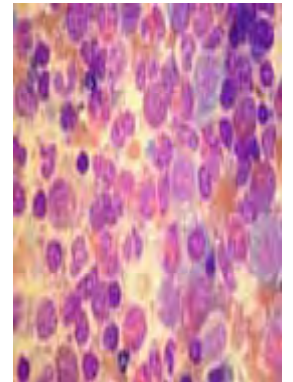
Diagnóstico diferencial

Procesos intestinales

<p>GÉRMENES ENTEROINVASIVOS Salmonella Shigella Campylobacter E. Coli (O157:H7)</p> <p>PARÁSITOS</p> 	<p>TOXINA DE CLOSTRIDIUM</p> 	<p>ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL</p> 	<p>CÁNCER COLORRECTAL O LINFOMA INTESTINAL</p> 	<p>ABDOMEN AGUDO (PERFORACIÓN, OBSTRUCCIÓN INTESTINAL, APENDICITIS AGUDA)</p>  <p>Figura 1. Radiografía abdomen simple de pie.</p>	<p>ENFERMEDAD CELIACA</p> 
--	--	--	--	---	---

Diagnóstico diferencial

Patologías sistémicas

REACCIONES MEDIADAS POR MEDICAMENTOS	ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUESPED	VASCULITIS	MASTOCITOSIS SISTÉMICA	TUBERCULOSIS	SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICO
	<p>Huésped vs. Injerto/Injerto vs. Huésped</p> 			<p>Tuberculosis</p>  <p>Copyright © 2001 WebMD Corporation</p>	

Tratamiento

- **Medidas generales**
- **Corticoides:**
 - 1 mg/kg/día en pauta descendente.
- **Inmunomoduladores:**
 - Azatioprina
 - Ciclosporina
- **Tratamiento quirúrgico**



Pronóstico

- **Curso impredecible:**
 - **Recurrencia → tratamiento mantenimiento.**
 - **No recidiva**
- **Buen pronóstico**
- **Complicaciones raras (obstrucción intestinal o desnutrición severa)**
- **Mortalidad escasa**



**Muchas gracias por
vuestra atención**

Mykonos.2011