Rev Clin Esp. 2014;214 (Espec Congr):1259

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

V-155. - ASCITIS: ¿HEPATOPATÍA O NEOPLASIA?

A. Muñoz Serrano, I. Pintos Pascual, C. Lavilla Salgado, J. Alonso Morís, A. Anula Morales, J. Montoro Lara, P. Laguna del Estal, E. García Guijarro

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Majadahonda. Madrid.

Resumen

Objetivos: Las causas principales de ascitis son por etiología neoplásica y por enfermedad hepática. Resulta interesante comparar, en un hospital de tercer nivel, las características del líquido ascítico (LA), de los pacientes y las pruebas realizadas para el diagnóstico etiológico de la ascitis, pues todos estos elementos son indispensables para a una correcta valoración de la utilidad y de los resultados de las pruebas diagnósticas empleadas.

Métodos: Revisión de las historias de los pacientes a los que se realizó paracentesis diagnóstica para análisis de LA durante un periodo de 18 meses (enero 2010-junio 2011) en un hospital de tercer nivel.

Resultados: Se incluyen 99 casos de LA con diagnóstico final de hepatopatía (62% del total de líquidos analizados) y 46 casos de diagnóstico final de neoplasia (29%). La media de edad fue de 61 ± 13 años en el grupo de hepatopatías y de 65 ± 12 años en el grupo de neoplasias. En el grupo de hepatopatías existía predominio de sexo varón (63%) mientras que en grupo de neoplasias predominaban las mujeres (53%). Antecedentes: Existía etilismo activo en el 43% de los hepatópatas, mientras que en neoplasias 10%. Antecedentes de ascitis previa: 63% en hepatópatas frente a 8% en neoplasias. Solo el 10% de los pacientes con ascitis de origen hepático carecían de antecedentes de hepatopatía crónica. Presentaban antecedentes de neoplasia de cualquier origen el 18% de los hepatópatas y el 53% de las neoplasias. Análisis del LA: En hepatópatas el número de células fue 316 ± 726 mm^3 de predominio linfocítico de 60 ± 32%; en neoplasias 715 ± 917 mm^3 de predominio linfocítico 68 ± 28%. La glucosa de 133 ± 56 mg/dL en hepatópatas, 115 ± 47 mg/dl en neoplásico. Proteínas 1,65 ± 1,27 g/L en hepatopatía y 3,46 ± 1,73 g/L en neoplasia existiendo diferencias estadísticamente significativas en todos estos parámetros ($p < 0,01$). El gradiente albúmina fue > 1,1 en el 86% de los hepatópatas y < 1,1 en 83% de neoplásicos encontrándose diferencias con $p < 0,01$ (n para este dato: 42). Se realizó citología del LA en 30% de los pacientes hepatópatas, siendo negativo en todos los casos, mientras que en el grupo de las neoplasias se realizó en el 59% de los casos, siendo positivo en el 45%. En cuanto a las determinaciones séricas, en los hepatópatas un 62% tenían bilirrubina > 2 mg/dl, un 51% albúmina < 2,8 g/L, y un 30% INR > 1,7; mientras que en los pacientes con neoplasia 26%, 22% y 4% respectivamente, existiendo diferencias estadísticamente significativas. Otros estudios diagnósticos realizados fueron: eco abdominal: 80% de los hepatópatas y 59% en neoplasias; TC de abdomen: 32% vs 86%; gastroscopia: 65% vs 16%, encontrándose hallazgos de importancia diagnóstica en el grupo de hepatópatas en eco

abdominal 73%, TC 76%, gastroscopia 70% y en las neoplasias: 62%, 100%, 88% respectivamente. Se realizó biopsia hepática en 6 casos, todos ellos con diagnóstico final de hepatopatía, PAAF en 11 casos siendo diagnóstica en 3 casos de hepatopatía y 1 de neoplasia, y BAG en 3 casos siendo diagnósticas las 3 de neoplasia.

Discusión: La selección de pruebas diagnósticas y la interpretación de sus resultados están relacionadas con la probabilidad preprueba de las diversas enfermedades productoras de LA, por lo que tiene interés conocer en nuestro medio, además de las características de los pacientes, las características de sus líquidos y la utilidad de las pruebas diagnósticas en función de la sospecha.

Conclusiones: Las características del LA orientan hacia la etiología, siendo el gradiente de albúmina plasma-líquido el dato más útil. Pruebas como la citología del LA, gastroscopia o TC se realizan en función de la probabilidad diagnóstica preprueba, siendo pruebas de alta rentabilidad diagnóstica una vez seleccionados los pacientes en función de la sospecha diagnóstica, este alto rendimiento indica indirectamente una sospecha clínica correcta. Las pruebas invasivas se reservan para un número reducido de casos, indicando indirectamente que el diagnóstico final se realiza con bases seguras en datos clínicos y pruebas no invasivas.

0014-2565 / © 2014, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.