



Manejo de la ascitis refractaria

B. Mateos*, M. Aicart-Ramos, R. Martín-Mateos y M.A. Rodríguez-Gandía

Servicio de Gastroenterología y Hepatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España. Universidad de Alcalá, IRYCIS, CIBEREHD. Madrid. España.

Palabras Clave:

- Cirrosis hepática
- Hipertensión portal
- Ascitis refractaria

Keywords:

- Liver cirrhosis
- Portal hypertension
- Refractory ascites

Resumen

Introducción. La ascitis es una complicación frecuente de la cirrosis hepática y de la hipertensión portal. Aproximadamente, un 5-10% de los pacientes presenta una ascitis refractaria que empeora de forma considerable su calidad de vida y especialmente su supervivencia.

Definición. Se define como ascitis refractaria aquella que no se consigue eliminar o recurre rápidamente con el tratamiento dietético (restricción de sal) y diurético (400 mg espironolactona y 160 mg furosemda), o que por la aparición de efectos adversos no puedan usarse estas terapias.

Tratamiento. Las opciones terapéuticas para el manejo de la ascitis refractaria son las paracentesis evacuadora con reposición de volumen posterior o la colocación de una derivación portosistémica percutánea intrahepática. Si bien, teniendo en cuenta el mal pronóstico que presentan estos pacientes, deben ser evaluados para un posible trasplante hepático.

Abstract

Management of refractory ascites

Introduction. Ascites is a common complication of liver cirrhosis and portal hypertension. Approximately 5-10% of patients present refractory ascites which reduces considerably their quality of life and also their survival.

Definition. Refractory ascites is defined as ascites which cannot be removed or early recurs although the correct diet (sodium restriction) and the correct diuretic treatment (400 mg of spironolactone and 160 mg furosemide); or ascites which cannot be treated because of presence of the development of diuretic-induced complications.

Treatment. The therapeutic options for these patients are repeated evacuative paracentesis with albumin expansion and the percutaneous intrahepatic portosystemic shunt. Despite of these treatments, patients with refractory ascites have a poor prognosis so they should therefore be considered for liver transplantation.

Introducción

La ascitis es una de las complicaciones más frecuentes de la cirrosis. Un 50% de los pacientes desarrollarán ascitis a los 10 años del diagnóstico, y aproximadamente un 5-10% de ellos presentará ascitis refractaria cada año^{1,2}. La aparición

de la misma conlleva un empeoramiento del pronóstico del paciente. La ascitis refractaria se asocia con frecuencia a cuadros como la peritonitis bacteriana espontánea, el síndrome hepatorenal tipo 2 y el hidrotórax, entre otros. Además, los pacientes suelen presentar más tendencia a la hiponatremia y a los calambres musculares. Todo esto supone un descenso de la tasa de supervivencia, del 30% a los dos años, frente al 40% a los cinco años que tienen los pacientes con ascitis que sí responde a diuréticos³. Esta es la razón por la que todo paciente con ascitis refractaria debe ser valorado como candidato a recibir un trasplante hepático.

*Correspondencia
Correo electrónico: bmateosm85@gmail.com

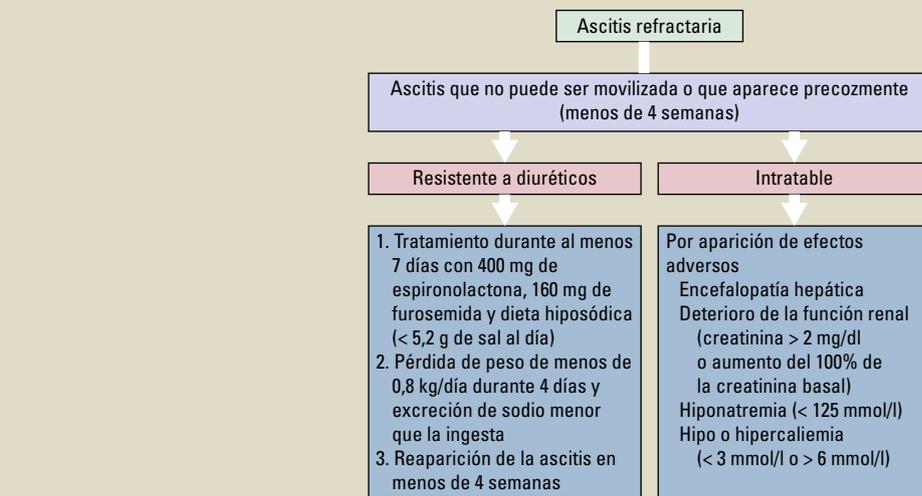


Fig. 1. Criterios diagnósticos de ascitis refractaria.

Adaptada de Salerno F, et al³.

Definición

Se define la ascitis refractaria como aquella que no puede ser eliminada o que reaparece precozmente (menos de 4 semanas) a pesar del tratamiento adecuado^{3,4}. Engloba dos formas diferentes: la ascitis resistente a diuréticos, en la que la ascitis no responde a dosis máximas de diuréticos (400 mg de espironolactona y 160 mg de furosemida) y dieta sin sal, y la ascitis intratable, en la que la aparición de efectos adversos limita el uso de los diuréticos para el control de la ascitis³. Ambas tienen unos criterios diagnósticos definidos (fig. 1).

Tratamiento

Paracentesis evacuadora

La paracentesis evacuadora es el tratamiento de primera línea de la ascitis refractaria⁵ (fig. 2). Consiste en la extracción de la mayor cantidad de líquido posible mediante la punción de la pared abdominal. Se trata de un procedimiento rápido que alivia los síntomas que presentan estos pacientes, la disnea y la saciedad precoz principalmente. Al no corregir la causa de la acumulación de la ascitis, es habitual mantener las evacuaciones periódicas cada 2 o 3 semanas. El intervalo de las mismas depende de la rapidez con la que el enfermo vuelva a presentar ascitis a tensión. Para intentar espaciar lo máximo posible las punciones se recomienda mantener una dieta sin sal y, si se demuestra una excreción de sodio mayor de 30 mmol/día, mantener el tratamiento diurético siempre que no existan efectos adversos, aunque esto solo es posible en un 10% de los pacientes⁶.

Las complicaciones de la paracentesis evacuadora por el procedimiento son escasas. Se estima un riesgo de hemorragia

de 0,5-1%, sin que esté indicada de forma sistemática la administración de plasma ni plaquetas previa a la punción a pesar de las alteraciones de la coagulación y la trombopenia que frecuentemente presentan estos pacientes. Se puede dar una fuga de líquido ascítico por el punto de punción que normalmente cede con un vendaje compresivo o una sutura simple³.

La complicación más importante y más común de la paracentesis evacuadora es la disfunción circulatoria posterior⁷. La reaccumulación de ascitis tras una paracentesis de gran volumen origina una depleción del volumen central efectivo, originando un empeoramiento de la función renal (por la vasoconstricción renal reactiva) e hiponatremia dilucional (por la reabsorción de agua y sodio en los túbulos renales) que se asocia a un aumento de la mortalidad⁷. Para prevenirla, se ha establecido la reposición de volumen con expansores. Si la paracentesis es mayor de 5 litros se recomienda administrar albúmina intravenosa a razón de 6-8 g de albúmina por litro de ascitis extraído⁸. Si la cantidad de líquido extraído es menor, existe controversia sobre la necesidad de expansión, si bien se admite que la reposición con albúmina frente a otros expansores es costo-efectiva⁵.

La dificultad para la realización de paracentesis (ascitis tabicada) y la necesidad de más de 3 paracentesis al mes, son indicaciones para el planteamiento de un tratamiento de segunda línea para el control de la ascitis refractaria.

Derivación portosistémica percutánea intrahepática

La inserción de una derivación portosistémica percutánea intrahepática (DPPI) produce un descenso de la presión portal y provoca cambios hemodinámicos, con un aumento del gasto cardíaco, un descenso de la actividad del eje renina-angiotensina-aldosterona y una mejora de la función renal y

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3806252>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3806252>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)