

SESIÓN CLÍNICA

06/09/2023

CARLOS LORENTE LARRAÑETA R2 MI
DR CARLOS MÁRTINEZ

Complejo Asistencial
Universitario de León



ANAMNESIS



ENFERMEDAD ACTUAL



Desde hace **4 meses** refiere dolor abdominal de **inicio brusco en FII e hipogastrio**. Es prácticamente **continuo con exacerbaciones**

Ha tenido **fiebre termometrada de 38°C, sin tiritona**, con buena tolerancia a la misma.
Por aumento de la intensidad del dolor, que no cede con paracetamol, metamizol y buscapina, acude a Urgencias.

También refiere **pérdida de 3 Kg de peso** en este tiempo. **Sin astenia llamativa**. Ha notado **aumento del perímetro abdominal**. **No náuseas ni vómitos**. **Estreñimiento habitual**, que tras realización de colonoscopia ha mejorado, haciendo deposición diaria



72 AÑOS

ANTECEDENTES PERSONALES



Sin alergias/intolerancias conocidas.

HTA. DM II insulín dependiente de larga evolución con buen control. Hipercolesterolemia.

Asma bronquial sin tratamiento habitual.

Ateromatosis carotídea sintomática en Feb de 2021.

Isquemia retiniana.

Episodio de taquicardia supraventricular.

Urticaria crónica idiopática.

Esteatosis hepática.

IQ: Cistoadenocarcinoma bien diferenciado bilateral ovárico con un nódulo de implantación en epiplon, con **histerectomía y doble anexectomía con QT posterior durante 21 meses**, en 1980. Adenoma de tiroides. Poliartritis. Rotura de menisco.

Tratamiento actual:

Pantoprazol 40 mg
Orfidal 1mg
Clopidogrel 75 mg
Toujeo 44 UI al día.
Xigduo 5/850.
Trulicity semanal.
Atorvastatina. 40 mg
Lacerol retard
240mg
Torasemida 10 mg
Paracetamol

EXPLORACIÓN FÍSICA



Buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora. **Discreta palidez cutánea**, normoperfundida y normohidratada. Eupneica en reposo.

AC: rítmico , sin soplos

AP: MVC.

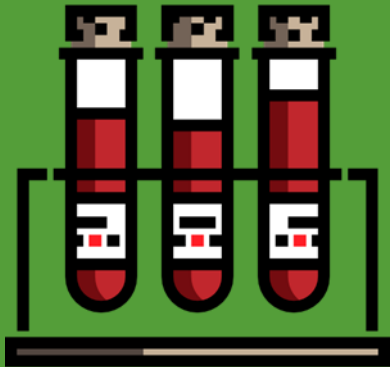
Abdomen: cicatriz de laparotomía, globuloso, blando y depresible, se palpa **zona indurada paraumbilical izquierda, mal definida, dolorosa a la palpación, dolor a la palpación en FID e hipogastrio**, sin datos de irritación peritoneal, ruidos conservados.

EEII: No edemas ni datos de flebitis en extremidades inferiores, pulsos pedios presentes.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS



ANALÍTICA SANGRE



- Bioquímica: glucosa 90, urea 37, úrico 4.09, **creatinina 0.81, FG 74**, LDH 100, perfil hepatico normal, **hierro 16, transferrina 158, IST 10 %**, **ferritina 275**, albumina 3.32, iones normales, **PCR 321.1**, fólico 4.29, Vit. B 12 287, HbA1C 7%.

Hemograma: leucocitos 9.8 (neutrófilos 75% linfos 8% monoscitos 13%) **Hb 10.3 normo normo.**
Plaquetas 589000.

Coagulación: INR 1.20 TP 83%

Sistemático de orina: **26 leucocitos/c. Moderados cilindros granulosos**

PRUEBAS RADIOLÓGICAS



- Rx de tórax: sin alteraciones.
Rx de abdomen: **algún asa de intestino delgado dilatada**, así como **aumento de densidad en hemiabdomen izquierdo**.

TAC torácico y abdominal:

Nodulillos pulmonares en LII inespecíficos. Adenopatías milimétricas en seno cardiofrénico anterior derecho.

Masa mixta de predominio quístico, con pequeñas calcificaciones en su espesor, en vacío y FII, con omatosis peritoneal asociada.

Engrosamiento del colon transversal izquierdo en contacto con la masa. Líquido libre, fundamentalmente subfrénico izquierdo, perihepático, periesplénico, en ambas goteras paracólicas, saco menor y en pelvis, identificando menor cuantía en pelvis y mayor en el resto de los compartimentos. Ganglios milimétricos en ligamento gastrohepático, hilio hepático, retroperitoneales, en cadenas ilíacas primitivas y externas bilaterales y mesentéricos en vacío derecho, . Esteatosis hepática. Ligera dilatación de la vía biliar intrahepática y del hepatocolédoco (14 mm) con colédoco intrapancreático que se **afila de manera progresiva. Páncreas, bazo, suprarrenales y riñón izquierdo, sin alteraciones. Ligera ectasia pielocalicial y de la pelvis renal derecha, con discreto engrosamiento y realce de su pared sugestivo de inflamación, con ureter no dilatado.**

MICROBIOLOGÍA Y LÍQUIDO ASCÍTICO



PCR SARS-CoV-2: negativo

Urocultivo: negativo



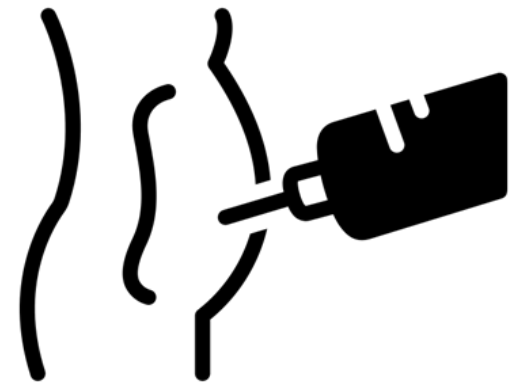
Líquido ascítico:

Leucocitos 10850 (49% linfocitos. 15% monocitos y 36% neutrófilos).

Hematíes 31000. Glucosa 78.

Proteínas 50,4 g/ml. LDH 504.

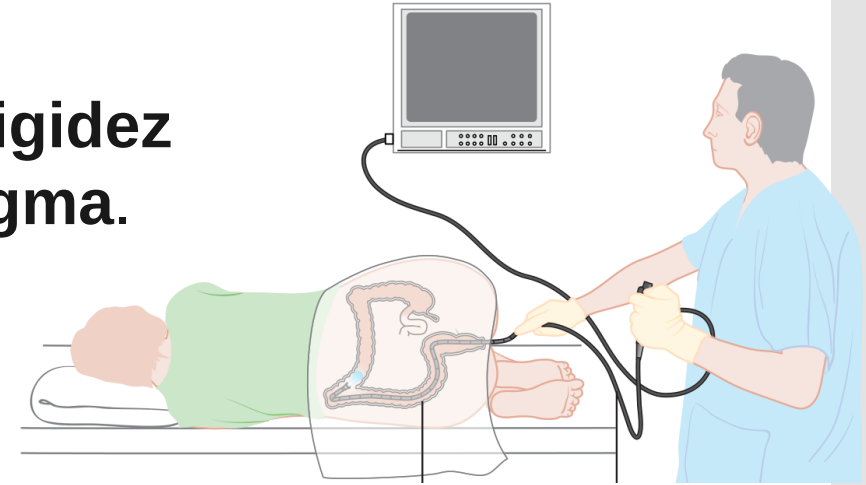
Albúmina 2,52. ADA 29,9. Auramina negativa. Cultivo negativo



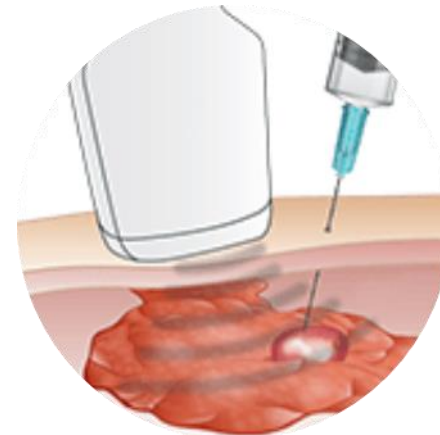
OTRAS PRUEBAS



Colonoscopia : **importante rigidez colónica. Divertículos en sigma.**
Hemorroides internas.

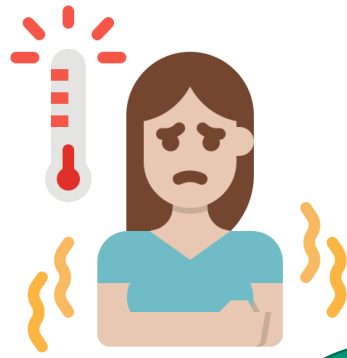


Punción de masa abdominal: **abundante necrosis.**



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL





FIEBRE CON TIRITONA

4
meses

DOLOR ABDOMINAL FLANCO IZQUIERDO/
HIPOGASTRIO
(Continuo con exacerbaciones)



ANAMNESIS

AUMENTO DE PERÍMETRO ABDOMINAL



PÉRDIDA DE PESO 3 KG

AP

Cistoadenocarcinoma en 1980
Histerectomía + doble
anexectomía + QT

EF

Zona indurada paraumbilical izquierda, mal definida,
dolorosa a la palpación, dolor a la palpación en FID e
hipogastrio





ANALÍTICA

SYS

PCR 321,1

ANEMIA NORMO-NORMO CON FERROPENIA (Hb 10,3)

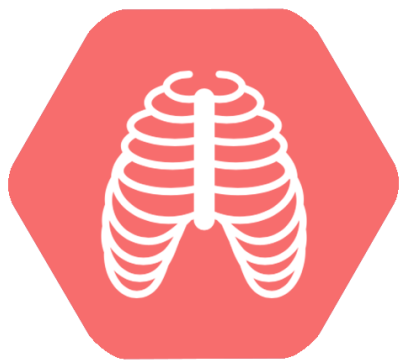
¿Sangrado?

TROMBOCITOSIS (589.000 plaquetas)

Reactiva a:
¿Sangrado?
¿Proceso
infeccioso?

LEUCOCITURIA SIN BACTERIURIA
(25 Leucocitos/campo)
CILINDROS GRANULOSOS





RX
Abdomen

Algún asa de intestino delgado dilatada, así como aumento de densidad en hemiabdomen izquierdo

PRUEBAS DE IMAGEN
BX Y COLONOSCOPIA



TC

Masa mixta de predominio quístico, con pequeñas calcificaciones en su espesor, en vacío y FII, con omatosis peritoneal asociada. Engrosamiento del colon transverso izquierdo en contacto con la masa. Líquido libre, fundamentalmente subfrénico izquierdo, perihepático, periesplénico, en ambas gotieras paracólicas, saco menor y en pelvis, identificando menor cuantía en pelvis y mayor en el resto de los compartimentos. Ganglios milimétricos en ligamento gastrohepático, hilio hepático, retroperitoneales, en cadenas ilíacas primitivas y externas bilaterales y mesentéricos en vacío derecho. Esteatosis hepática. Ligera dilatación de la vía biliar intrahepática y del hepatocolédoco (14 mm) con colédoco intrapancreático que se afila de manera progresiva

COLONOSCOPIA

IMPORTANTE RIGIDEZ
COLÓNICA.
DIVERTÍCULOS EN SIGMA

PAAF

ABUNDANTE NECROSIS

LÍQUIDO ASCÍTICO



Leucocitos 10850 (49% linfocitos.,15% monocitos y 36% neutrófilos).
Hematíes 31000.
Glucosa 78. Proteínas 50,4 g/ml. LDH 504. Albúmina 2,52.
ADA 29,9. Auramina negativa.
Cultivo negativo

PMN corregidos en líquido ascítico 2972

LDH a/ LSH s → 5

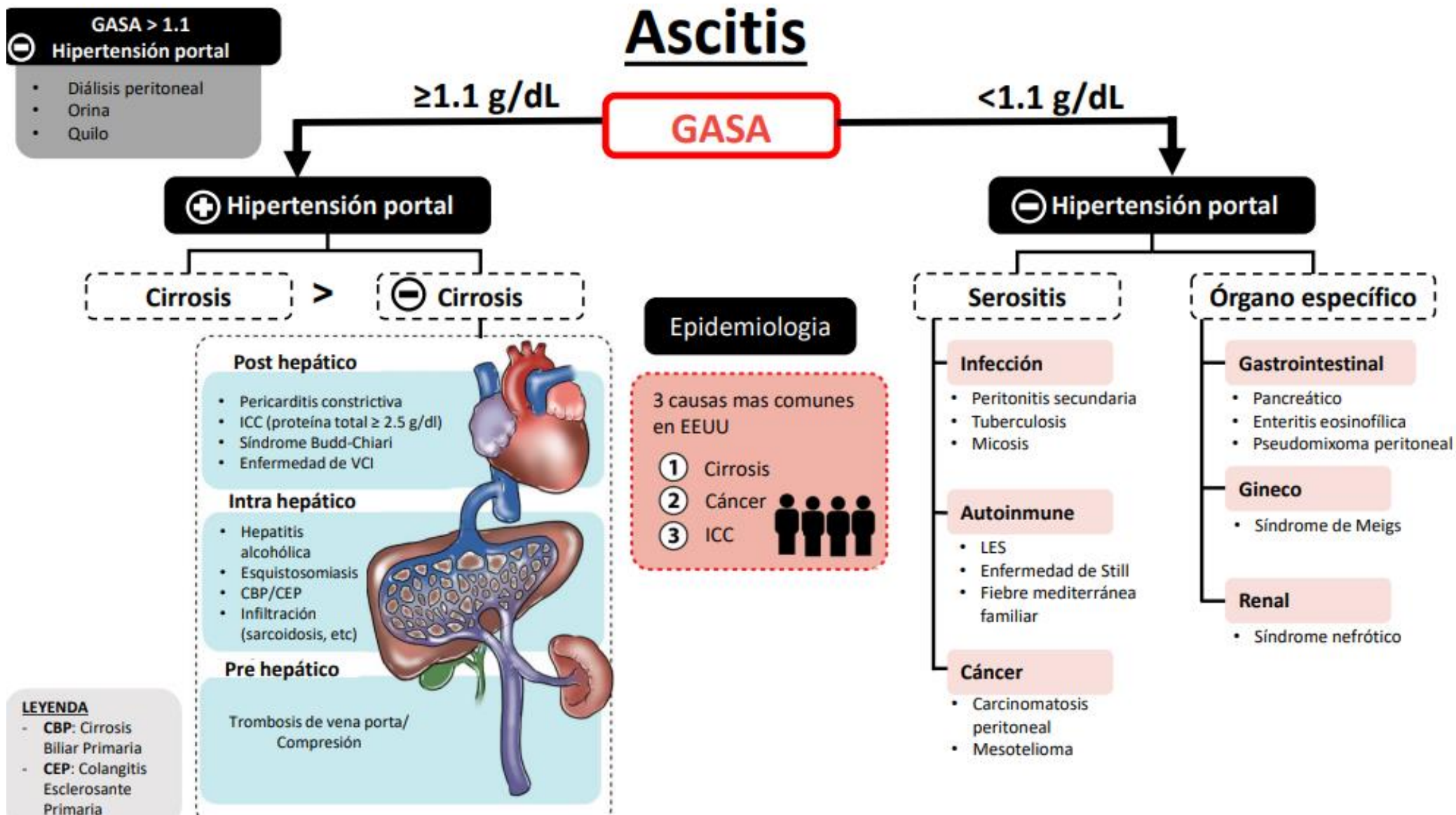
Alb a/ Alb s → 0,8 GASA < 1,1 mg/dL (No hipertensión portal)



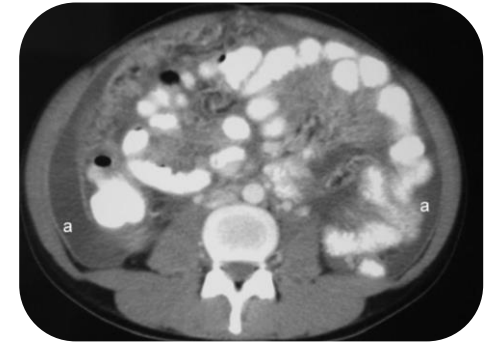
PMN $\geq 250/\text{mm}^3$
¿PERITONITIS BACTERIANA
SECUNDARIA?

Carcinomatosis peritoneal
Tuberculosis peritoneal
Pancreatitis
Serositis
Síndrome nefrótico
Ascitis biliar (sin cirrosis)

Líquido ascítico compatible con **exudado**



TUBERCULOSIS PERITONEAL



- GASA < 1,1 g/dl. Exudado ascítico
- **ADA y proteínas elevadas en líquido ascítico**
- **Hematíes elevados en líquido ascítico.**
- **Linfocitos elevados en líquido ascítico**
- **Leucocituria sin bacteriuria**
- **Síndrome general (fiebre+ pérdida de peso)**
- **Hallazgos de TC abdominal (adenopatías + líquido libre + engrosamiento colon)**
- Trombocitosis reactiva
- Necrosis en la AP de la punción de la masa
- En ocasiones necesario laparotomía exploradora para hallazgo de muestras
- No refiere contacto con bacilíferos
- No afectación pulmonar (afectación mas frecuente)

CARCINOMATOSIS PERITONEAL



Ovario, mama,
endometrio, colon,
estómago y páncreas

- GASA < 1,1 g/dl .Exudado ascítico
- Clínica de varios meses de evolución
- Hallazgos TC abdominal (adenopatías + líquido libre + engrosamiento colon)
- Antecedentes de cistoadenocarcinoma
- Rigidez colónica
- Síndrome general
- Anemia normocítica-normocrómica con ferropenia → ¿sangrado?
- Citología negativa (positiva en hasta un 90%)
- Líquido ascítico hemático raro
- No hallazgos ni en punción de masa ni en colonoscopia

¿Recidiva
Cistoadenocarcinoma?

PSEUDOMIXOMA PERITONEAL



- GASA < 1,1 g/Dl. Exudado ascítico
- > Frecuente en mujeres de >50 años (origen neo de ovárico en 40-50%)
- Entidad **muy rara**
- **Diagnóstico de exclusión** por laparotomía exploradora

TRASTORNOS GINÉCOLOGICOS

Endometriosis

Enfermedad inflamatoria pélvica

Rotura quistes/ folículos ováricos, Sd Meige



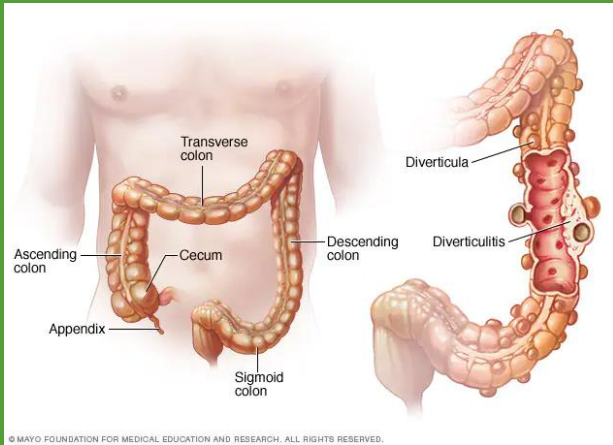
- GASA < 1,1 g/dl. Exudado ascítico
- Hallazgos de TC con líquido libre intrabdominal y masa mixta de predominio quístico, con pequeñas calcificaciones

• Histerectomía + doble anexectomía en 1980

- No refiere clínica ginecológica



DIVERTICULITIS AGUDA



- Rigidez colónica y divertículos en colonoscopia
- Engrosamiento de colon transversal izquierdo en TC
- Dolor en fosa iliaca izquierda + fiebre
- Elevación de reactantes de fase aguda (PCR >300)
- No evidencia de diverticulitis aguda complicada en TC (Masa de FII y líquido libre sin aparente relación con divertículos colónicos)
- No datos de neumoperitoneo en radiografías
- 4 meses de evolución del cuadro

PATOLOGÍA BILIOPANCREÁTICA

(ascitis biliar/
pancreática)



- GASA < 1,1 g/dl. Exudado ascítico
- **Ligera dilatación de la vía biliar intrahepática y del hepatocolédoco (14 mm) con colédoco intrapancreático que se afila de manera progresiva en TC**
- **No intervenciones quirúrgicas en dicha región**
- **No manipulación de vía biliar/ traumatismo**
- No datos de colecistitis/coledocolitiasis /pancreatitis
- **No amilasa en líquido ascítico ni plasma**
- **No náuseas ni vómitos**
- No ictericia

PATOLOGÍA AUTOINMUNE

LES

Fiebre mediterránea
familiar

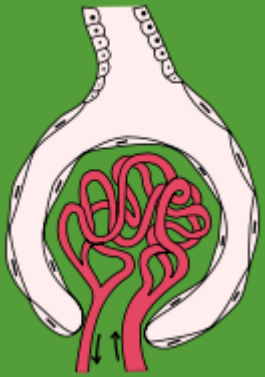
Sarcoidosis

PAN



- GASA < 1,1 g/dl. Exudado ascítico
- Dolor abdominal
- Síndrome general (fiebre y pérdida de peso)
- Inicio sintomatología en juventud en LES y FMF (80% antes de los 20 años)
- No antecedentes familiares (FMF)
- No afectación cutánea
- No artralgias
- En Sarcoidosis y PAN la ascitis es una entidad muy rara

SÍNDROME NEFRÓTICO



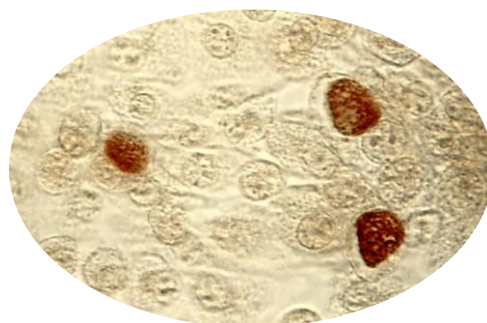
- GASA < 1,1 g/dl. Exudado ascítico
- DM II insulinodependiente de larga evolución y HTA
- Dolor abdominal
- No hipoalbuminemia
- No datos de fracaso renal

INFECCIÓN POR OTROS MICROORGANISMOS

(*Chlamydia trachomatis*,
Candida albicans,
Histoplasma capsulatum, *Cryptococcus neoformans*)



- GASA < 1,1 g/dl. Exudado ascítico
- Síndrome general

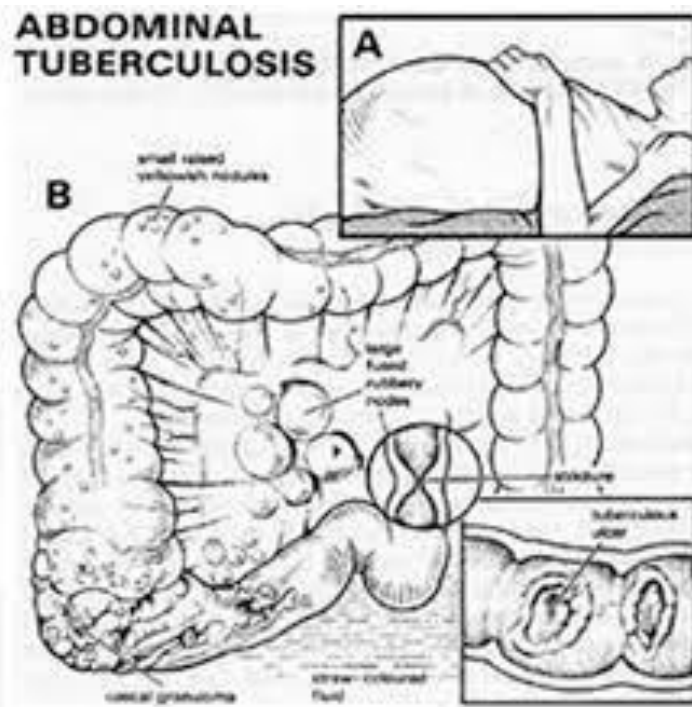


- Entidades más raras
- Más típicas en mujeres jóvenes en relación a manipulación ginecológica y relaciones sexuales de riesgo

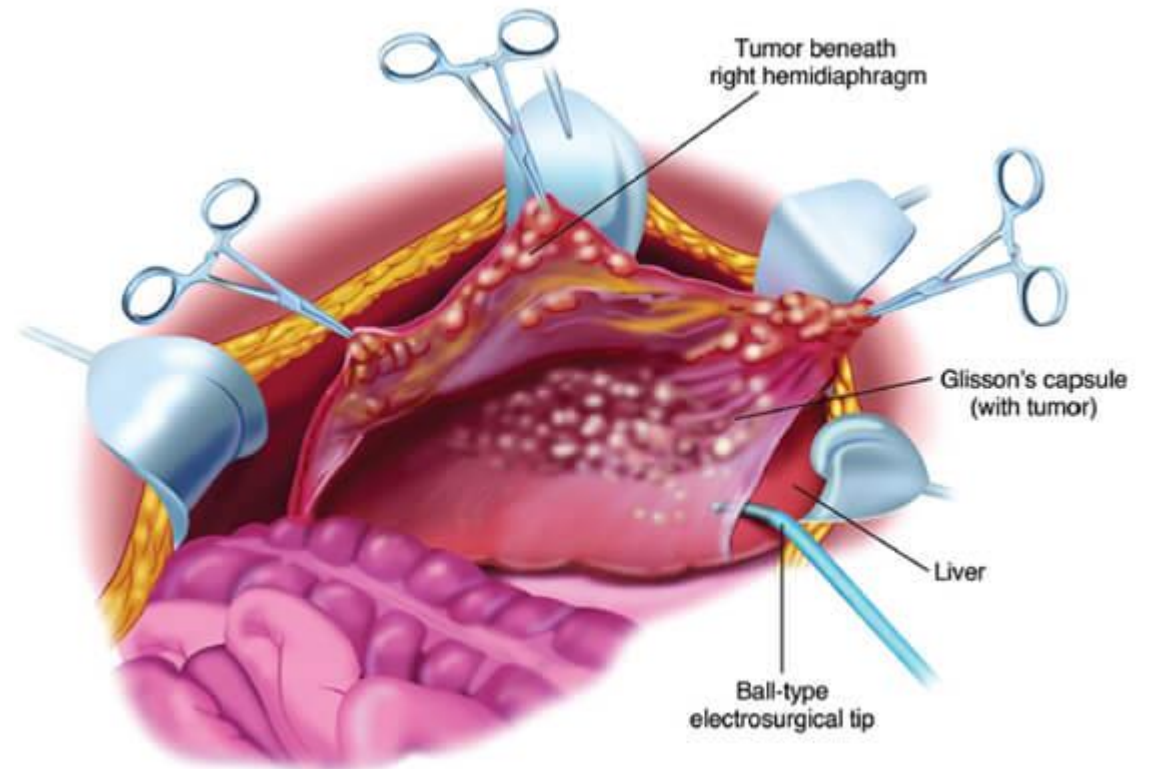
**Enfermedad inflamatoria
pélvica**

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

TUBERCULOSIS PERITONEAL



CARCINOMATOSIS PERITONEAL



PRUEBAS A SOLICITAR

ANALÍTICA

Amilasa
Hormonas tiroideas
ACRO, Orina 24h
-Marcadores tumorales
(CEA, CA 12,5,
CA-15,3,CA 19,9,
CA 72,4)



HEMOCULTIVOS X2

MICROBIOLOGÍA

Serología VIH, Lues , VHB,VHC
PCR Chlamydia trachomatis



PT/ Interferón TBC (IGRA)/
PCR TBC

BIOPSIA ESCISIONAL
/
BIOPSIA POR
LAPAROSCOPIA



BIBLIOGRAFÍA

1-Diagnóstico y tratamiento médico.Marbán – 2023

2-Peritonitis bacteriana espontánea (PBE) y empiema bacteriano espontáneo (EBE)./ Autoria: Guía PRIOAM

<https://www.guiaprioam.com/indice/peritonitis-bacteriana-espontanea-pbe-y-empiema-bacteriano-espontaneo-ebe/>

3-https://uptodate.publicaciones.saludcastillayleon.es/contents/evaluation-of-adults-with-ascites?search=ascitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H25272217

¡MUCHAS
GRACIAS
POR
VUESTRA
ATENCIÓN!

