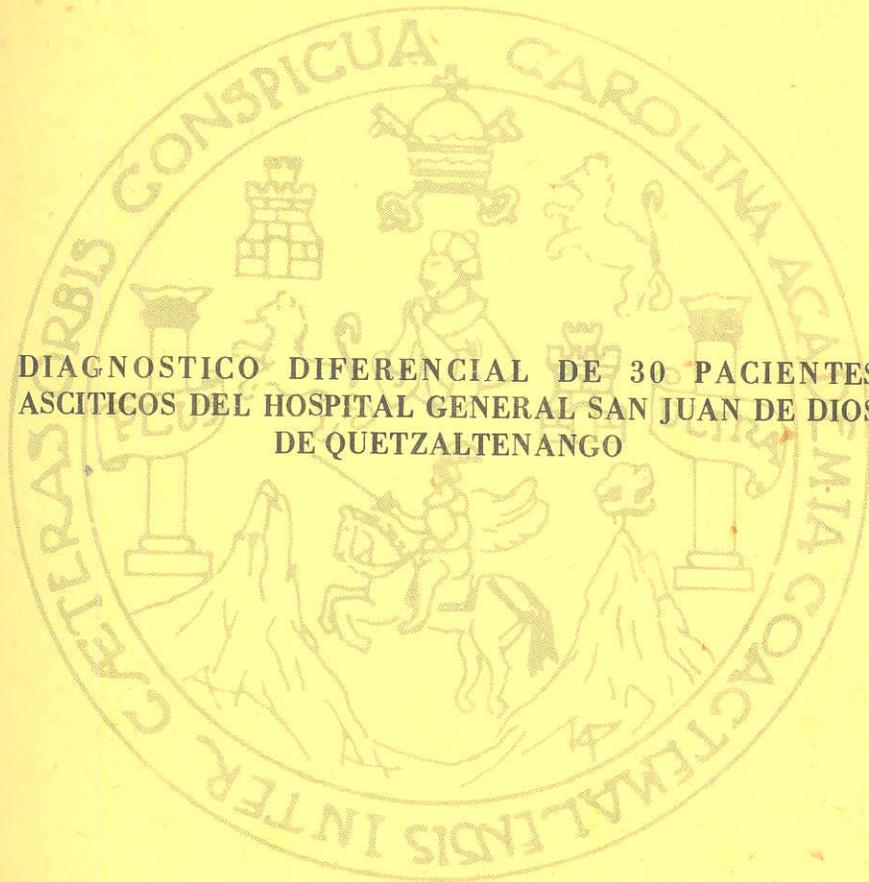


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDIDAS

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central figure of a woman, likely the Virgin Mary, seated and holding a child. The figure is surrounded by various symbols, including a crown, a shield, and a cross. The Latin text "ACADEMIA CAROLINA CONSPICUA" is inscribed along the top arc, and "CETERAS RBIS INTER MIA COACTEMALENSIS" along the bottom arc. The seal is rendered in a light, embossed style on the aged paper.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE 30 PACIENTES
ASCITICOS DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
DE QUETZALTENANGO

FRANCISCO ADOLFO VILLATORO GONZALEZ

Guatemala, Julio de 1977

OBJETIVOS

1. Conocer las diversas etiologías de la producción de Ascitis.
2. Establecer reglas y métodos para el diagnóstico diferencial de los pacientes ascíticos.
3. Dar a conocer diferencias de laboratorio en las diversas enfermedades que se acompañan de Ascitis.
4. Determinar la incidencia de las enfermedades que se acompañan de Ascitis, en nuestro medio.
5. Establecer una guía terapéutica eficaz en la Ascitis como síndrome e individualizarlo según la causa principal.
6. Recordar al lector de la presente tesis: médicos y estudiantes de Medicina, que la ascitis es un síndrome que nos debe hacer pensar en diversas etiologías.

MATERIAL Y METODOS

Recursos Materiales:

- a) Hospital General San Juan de Dios del Departamento de Quetzaltenango.
- b) Servicios de: Medicina (hombres y mujeres), Emergencia de adultos, Consulta Externa de Adultos y la Pediatría.
- c) Departamento de Patología del Hospital Roosevelt.
- d) Departamento de Radiología del Hospital General San Juan de Dios del Departamento de Quetzaltenango.
- e) Historias Clínicas de los Pacientes.
- f) Laboratorio del Hospital General San Juan de Dios del Departamento de Quetzaltenango.
- g) Boleta de Ayudas Diagnósticas
- h) Literatura

Recursos Humanos:

- a) Pacientes del Hospital General San Juan de Dios del Departamento de Quetzaltenango.
- b) Médicos Jefes de los servicios mencionados.
- c) Médicos Residentes y Médicos Internos de los servicios mencionados.
- d) Estudiantes de Medicina en práctica de Externado.
- e) Personal de: Enfermería y de Laboratorio.

- f) Personal del Departamento de Patología del Hospital Roosevelt.
- g) Personal del Departamento de Radiología del Hospital General San Juan de Dios de Quetzaltenango.

Métodos:

- a) Coloración de Gram y Zeil Nielsen
- b) Preparación de Cortes Histológicos.

CONTENIDO

INTRODUCCION

OBJETIVOS

MATERIAL Y METODOS

CAPITULO 1. TEORIA CIENTIFICA DE LA ASCITIS COMO SINDROME.

- 1.1 Definición
- 1.2 Etiología
- 1.3 Fisiopatología
 - 1.3.1 Líquido Ascítico en la Hipertensión Portal
 - 1.3.2 Ascitis Quilosa
 - 1.3.3 Ascitis en la Desnutrición
 - 1.3.4 Ascitis en las Nefropatías
 - 1.3.5 Ascitis en Enfermedades del Peritoneo

CAPITULO 2. SINTOMAS Y SIGNOS EN LOS PACIENTES ASCITICOS.

- 2.1 Inspección
- 2.2 Palpación
- 2.3 Percusión
- 2.4 Auscultación
- 2.5 Procedimientos especiales de guía diagnóstica
- 2.6 Laboratorio de líquido ascítico en su diagnóstico diferencial

CAPITULO 3. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE DISTENSION ABDOMINAL.

CAPITULO 4. TRATAMIENTO DE LA ASCITIS COMO SINDROME.

- 4.1 En la Hipertensión Portal
- 4.2 En la Ascitis Quilosa

- 4.3 En la Desnutrición
- 4.4 En los Procesos Tumorales Intraabdominales
- 4.5 Procedimientos Quirúrgicos como otro tipo de Tratamiento

CAPITULO 5. ESTUDIO DE TREINTA PACIENTES ASCITICOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DEL DEPARTAMENTO DE QUETZALTENANGO.

- 5.1 Datos Generales de los Pacientes
 - 5.1.1 Edad
 - 5.1.2 Sexo
 - 5.1.3 Ocupación
 - 5.1.4 Ingreso
 - 5.1.5 Procedencia
- 5.2 Historia Clínica de los Pacientes
 - 5.2.1 Sintomatología
 - 5.2.2 Antecedentes médicos patológicos
 - 5.2.3 Examen Físico del Abdomen
- 5.3 Diagnóstico Final

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

ANEXO 1.

DATOS GENERALES DE LA HISTORIA CLINICA DE LOS PACIENTES.

ANEXO 2.

BOLETA DE AYUDAS DIAGNOSTICAS

BIBLIOGRAFIA

CAPITULO 1

TEORIA CIENTIFICA DE LA ASCITIS COMO SINDROME

1.1 Definición:

La ascitis ha sido definida de múltiples maneras, considerando que la definición debe hacerse tomando en cuenta parámetros clínicos y patológicos, podemos decir: que la ascitis es un síndrome caracterizado por la acumulación de líquido intraperitoneal que aparece debido a una gran variedad de procesos patológicos, comprendidos desde hepatopatías, tumores, procesos inflamatorios agudos y crónicos del peritoneo y ciertas enfermedades sistémicas que pueden producir acumulación de líquido intraperitoneal. El líquido ascítico puede tener características de trassudado o exudado según su etiología, por lo que podemos encontrar en él: proteínas, especialmente albúmina, electrolitos y sustancias como la glucosa y la amilasa en la misma concentración que en el plasma sanguíneo.

1.2 Etiología:

Es importante dar a conocer a los amables lectores del presente trabajo, las múltiples patologías que se pueden acompañar de ascitis y que debemos tener presentes, y a pesar de que el cuadro clínico sea obvio para alguna enfermedad en particular, debemos investigarlas, de esta manera se evitará caer en errores diagnósticos.

Según la literatura mundial que se revisó para el desarrollo de este tema se concluye que las causas más frecuentes en relación a la producción de ascitis, son las siguientes:

1. HEPATOPATIAS:

- a) Carcinoma
- b) Cirrosis
- c) Sarcoma
- d) Histoplasmosis
- e) Sífilis
- f) Quiste Hidatídico
- g) Abscesos
- h) Amiloidosis

2. OBSTRUCCION DE LA VENA PORTA por:

- a) Trombosis
- b) Adenopatías
- c) Metástasis
- d) Enf. de Hodgkin
- e) Linfomas
- f) Leucemia Linfoide
- g) Tuberculosis

3. INSUFICIENCIA CARDIACA en:

- a) Valvulopatías
- b) Miocarditis
- c) Pericarditis Constrictiva
- d) Fibrosis Pulmonar

4. OBSTRUCCION DE LA CAVA INFERIOR (por arriba de las venas suprahepáticas) por:

- a) Trombosis
- b) Mediastinitis Crónica
- c) Tumores Mediastínicos

5. ENFERMEDADES DEL PERITONEO:

- a) Peritonitis:
 - Aguda No Supurada
 - Crónica Simple
 - Tuberculosa
 - Maligna
- b) Hidatidosis Peritoneal

6. OBSTRUCCION LINFATICA por:

- a) Traumatismo Intenso
- b) Filariasis
- c) Quiste del Conducto Torácico
- d) Sarcoma Retroperitoneal
- e) Sarcoma del Mediastino
- f) Tuberculosis

7. DESNUTRICION

8. TUMORES INTRAABDOMINALES

9. NEFROPATIAS

1.3 Fisiopatología:

Explicar la fisiopatología de la ascitis, es un poco difícil, puesto que la misma está condicionada a su etiología, por lo que nos explicaremos por separado las teorías que hasta la actualidad son las más aceptadas en el análisis de la formación del líquido ascítico.

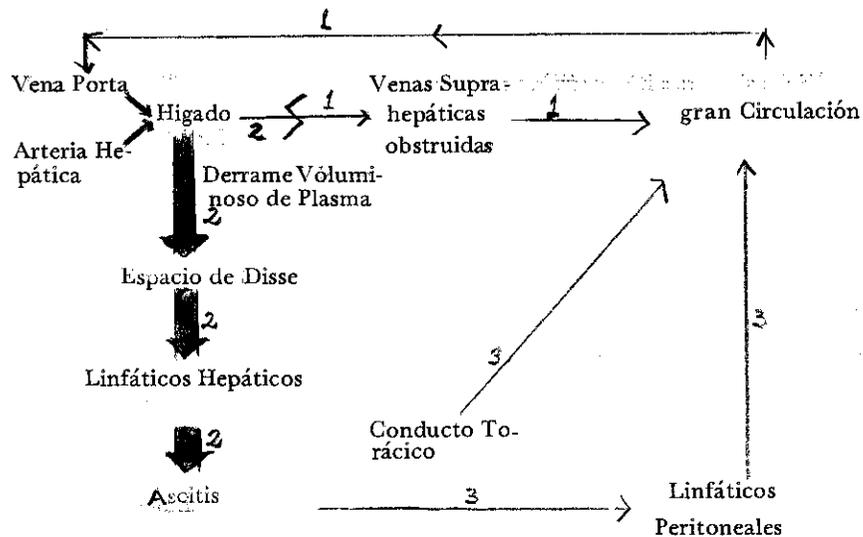
1.3.1 Líquido Ascítico en la Hipertensión Portal:

En este renglón podemos incluir la patología mencionada en los incisos del uno al cuatro de los contemplados en la etiología, es decir Hepatopatías, Obstrucción de la Vena Porta,

Insuficiencia Cardíaca Derecha y Obstrucción de la Vena Cava Inferior.

El apareamiento de la ascitis por estas causas se pueden explicar mejor, según la hipótesis de Starling (9), quien nos dice que: "El intercambio de líquido por las membranas capilares es resultado de la presión hidrostática y osmótica de cada lado de la membrana". En forma experimental se ha producido formación de líquido ascítico cuando se han obstruido las venas que llevan a cabo la salida del flujo sanguíneo hepático y no en la obstrucción arterial o venoso portal. Aún más, en la ascitis experimental pasa líquido de la superficie del hilio del hígado hacia la cavidad peritoneal, lo que sugiere que se origina algún tipo de trastorno hepático.

A continuación presento un esquema demostrativo de los hechos que intervienen en la fisiopatología de la ascitis:



Esquema tomado del Tratado de Patología Quirúrgica SABINSTON de Davis Christopher Tomo I, Ed. Interamericana 10a. Edición en Español.

En el esquema anterior observamos que las flechas nos indican la secuencia que sigue el líquido intravascular normalmente, es decir que la sangre proveniente de la vena porta y arteria hepática pasan por el hígado, de aquí, las venas suprahepáticas reciben la sangre para llevarla a la circulación general (1). Cuando las venas suprahepáticas son obstruidas se produce un derrame voluminoso de plasma, que pasa al espacio de Disse, de aquí a los linfáticos hepáticos y por último hacia la cavidad peritoneal (ascitis) (2). Este líquido es reabsorbido por los linfáticos peritoneales y conducto torácico volviendo a la circulación general (3), produciéndose de esta manera un sistema de retroalimentación positiva.

Muchos estudios tienden a confirmar la excreción disminuida de sodio en la orina, saliva, sudor y heces fecales cuando se produce ascitis, la razón es que por un lado, existe un aumento de diez a quince veces de la producción de aldosterona y en caso de existir cirrosis, a un retraso en su metabolismo a nivel hepático y como es de nuestro conocimiento, la aldosterona produce retención de sodio y éste a la vez retención de agua.

Estudios efectuados por Lieberman y Col. (8), refieren que el aldosteronismo precede a la formación de ascitis. En otro estudio, llevado a cabo por DAVIS (8), se menciona que en el hígado existe un mecanismo regulador de la aldosterona que es activado por la presión intrahepática y comprobaron también, que la hipersecreción de aldosterona y la retención renal de sodio y agua, preceden a la formación de ascitis.

Hasta el momento hemos mencionado dos factores que son desencadenantes para la formación de ascitis (hipertensión portal y aldosteronismo secundario); como es de nuestro conocimiento, cuando existe lesión hepática existe también una disminución en la producción de albúmina, la que es directamente responsable de la presión coloidosmótica y estando disminuida ésta, tenemos como consecuencia extravasación de líquido hacia la cavidad peritoneal acompañado de proteínas y electrolitos iniciándose de este modo la formación de ascitis. Esta es otra teoría que trata de explicar la fisiopatología de la ascitis.

1.3.2 Ascitis Quilosa:

Este tipo de ascitis es observada por lo regular en la obstrucción linfática, algunas veces puede encontrarse en ciertas nefropatías (nefrosis), peritonitis crónica (tuberculosis) así como también en las peritonitis agudas (piógena). La aparición de este tipo de ascitis aún no ha sido estudiada completamente pero se ha observado como complicación de Filariasis y Peritonitis, cuadros en los cuales se encuentra obstrucción y/o ruptura de los conductos linfáticos principales: Conducto Torácico y la Cisterna de Pequet.

1.3.3 Ascitis en la Desnutrición:

Generalmente se ve en los casos de desnutrición intensa con avitaminosis concomitante. Se ha atribuido a la carencia de vitamina B₁ (5), pero estos estudios no han sido plenamente comprobados, por lo que aún se piensa que el factor determinante para su formación es la hipoproteïnemia intensa que presentan estos pacientes, y que consecuentemente hay un descenso de la presión oncótica por debajo de la presión de filtración. La ascitis en este caso es tomada como una localización más del edema generalizado existente. Su fisiopatología se explica como se indicó en el inciso 1.3.1 en el último párrafo.

1.3.4 Ascitis en Nefropatías:

En las nefropatías, especialmente cuando encontramos la nefritis en su forma nefrótica o albuminúrica-edematosa, podemos encontrar ascitis. Los mecanismos para su formación son varios, en algunas ocasiones la podemos encontrar formando parte de la anasarca, lo cual tendría su origen análogo al del edema del tejido celular subcutáneo (desequilibrio de la presión oncótica), por otro lado, la nefritis puede complicarse con Peritonitis Aguda o Crónica (causa de ascitis que se explicará más adelante), dando lugar a las crisis nefróticas. Podemos encontrar también nefropatías crónicas que terminan en esclerosis renal y la

ascitis es consecuencia de Insuficiencia Cardíaca que se presenta debido a la hipertensión arterial, que en este caso sería de origen renovascular.

1.3.5 Ascitis en Enfermedades del Peritoneo:

La peritonitis puede presentarse en su forma aguda o crónica, por Tuberculosis o bien por presencia de Carcinoma, éste último, por lo regular es siempre metastásico. Las primeras variedades de peritonitis producen la ascitis por una infiltración del peritoneo, que algunas veces, afecta la circulación renal encontrándose en ocasiones albuminuria e incluso cilindruria. La Peritonitis Crónica Simple se relaciona con las punciones repetidas de paracentesis, las cuales se complican frecuentemente con Perihepatitis y ésta es causa de apareamiento de ascitis. Los Carcinomas Metastásicos así como los tumores intraperitoneales ya sean benignos o malignos producen ascitis por irritación más bien que por la implantación. La Hidatidosis Peritoneal está relacionada con la Hidatidosis Hepática.

CAPITULO 2

SINTOMAS Y SIGNOS EN LOS PACIENTES ASCITICOS

Los síntomas que generalmente refiere el paciente ascítico, son: la sensación de pesadez del abdomen y aumento de peso con aumento de la circunferencia abdominal, así como también, refieren haber presentado edema de los miembros inferiores.

Los signos físicos de la ascitis los describiremos siguiendo un orden semiológico, a saber:

2.1 Inspección:

El abdomen se encuentra distendido de manera uniforme. Cuando se acumula una gran cantidad de líquido en muy breve plazo, el abdomen toma una forma globular, estando la región umbilical más prominente. La piel es tensa, brillante con estrías de distensión. Si el volumen de líquido se almacena en forma lenta y gradual, las zonas que más abultan son los flancos, a veces, la pared costal que limita los hipocondrios es empujada hacia arriba y afuera, por lo que se observa ensanchamiento del ángulo epigástrico. Cuando la ascitis es ligera, la distensión de los flancos es difícil de percibirse. El aspecto del abdomen depende en gran parte de la posición del paciente. De esta manera tenemos que si el paciente se pone de pie o está sentado, la mayor acumulación de líquido se nota en el hipogastrio y ambas fosas ilíacas. El ombligo, bajo el efecto de la presión, se alarga transversalmente y se sitúa a nivel de la superficie abdominal o incluso se evierte; sigue manteniendo su posición a nivel de la línea media abdominal, más cerca del pubis que del apéndice xifoides. En las Peritonitis Tuberculosas y en algunas Neumocócicas, la piel vecina aparece, a veces, enrojecida y las venas periumbilicales pueden dilatarse hasta formar la llamada "cabeza de medusa", que no es frecuente, corresponde a la circulación colateral tipo porta y es muy marcada en los raros casos de síndrome de Cruvelhier-Baumgarten con malformación

de este sector vascular. También pueden dilatarse todas las venas superficiales del abdomen y de la porción inferior del tórax; en ellas, la sangre fluye hacia arriba; el sentido de la corriente se invierte principalmente cuando se obstruye la cava inferior, sea por la presión que ejerce la ascitis o porque actúe algún factor relacionado con la etiología de ella. Los movimientos respiratorios abdominales disminuyen y, en ocasiones, faltan por completo. El latido de la punta puede desplazarse, a veces, hacia arriba y afuera. Puede observarse edema de las piernas, muslos y escroto o grandes labios.

2.2 Palpación:

El abdomen presenta un grado variable de tensión. Si se percute suavemente con los dedos uno de los flancos, la mano colocada en el otro lado percibe algunas veces, una sensación de oleada (signo de la onda líquida). Con objeto de eliminar la posibilidad de transmisión del impulso a través de la pared abdominal e impedir su propagación por esta vía, se pedirá al enfermo o a un ayudante que coloque el borde cubital de una mano sobre la línea media abdominal.

Cuando el hígado y el bazo se agrandan, quedan hundidos interporniéndose entre ellos y la pared abdominal una capa líquida. Si se deprimen súbitamente los hipocondrios, la citada capa se desplaza y puede llegar a palpase la superficie de las dos vísceras. Este fenómeno se conoce con el nombre de "signo del tímpano de hielo" y éste es patognomónico de la existencia de ascitis.

2.3 Percusión:

El abdomen se encuentra timpánico en el centro y mate en los flancos cuando el paciente adopta la posición de decúbito dorsal y la razón es que habiendo líquido dentro de la cavidad abdominal, los intestinos flotan y el líquido se desplaza hacia los flancos. Cuando se observa un aumento del líquido ascítico, la matidez va haciéndose mayor mientras que el timpanismo va

disminuyendo, este cambio se lleva a cabo de la siguiente manera: aumenta la matidez de los flancos hacia la línea media y también del hipogástrico hacia la línea media. En los niños puede encontrarse una matidez total.

Uno de los más importantes signos físicos de la ascitis es la variación del sonido percutorio de acuerdo a los cambios de posición del paciente, por ejemplo: si el paciente se encuentra en decúbito lateral de cualquier lado, el timpanismo se escuchará en el lado contrario, esto se debe, como vimos anteriormente, a la colocación de los intestinos al flotar, cuando el líquido es muy poco puede colocarse al paciente en posición genupectoral y de esta manera obtendremos matidez en la región periumbilical.

En casos por ejemplo de Peritonitis Tuberculosa, además de ascitis podemos encontrar como complicación, adherencias peritoneales, y por lo mismo encontraremos matidez en la totalidad del abdomen.

2.4 Auscultación:

Por medio de la auscultación podemos también diagnosticar la presencia de ascitis, método que está basado en la transmisión del sonido, es decir, que si colocamos el estetoscopio en un lado del abdomen y golpeteamos el lado contrario escucharemos un sonido parecido a un tambor pequeño. Este método no es recomendable puesto que los resultados obtenidos son dudosos.

2.5 Procedimientos especiales de guía diagnóstica:

Dentro de la exploración del abdomen de un paciente ascítico es importante mencionar la utilidad de las medidas del mismo, este método nos proporciona información con respecto a la evolución de la ascitis. La medida frecuentemente se hace pasando por el ombligo y a nivel de la apófisis espinosa de la tercera vértebra lumbar. Otra medida es la que se hace de el apéndice xifoides hacia el ombligo, también puede medirse la distancia entre el pubis y las espinas ilíacas anterosuperiores. En

la ascitis, cuando el paciente se encuentra en decúbito supino, el ombligo equidista de ambas espinas ilíacas anterosuperiores y se aproxima siempre más al pubis que al apéndice xifoides; en cambio, en los grandes quistes ováricos, que simulan a veces una ascitis, el ombligo se acerca más a una espina ilíaca anterosuperior que a la otra, a la vez que se aproxima el apéndice xifoides y se aleja del pubis. Se recomienda que después de una paracentesis se efectúe la palpación del abdomen puesto que así podemos encontrar la causa de la ascitis que presenta el paciente a nuestro cargo.

2.6 CARACTERÍSTICAS DEL LIQUIDO ASCITICO *

Padecimiento	Aspecto Microscópico	Peso Específico	Proteínas gramos/100ml.	Glóbulos Rojos 10,000/mm ³	Leucocitos cel/mm ³	Otras pruebas
Cirrosis	Color paja o teñido con bilis	1.016	2.5 (95o/o)	1o/o	250 (90o/o)	
Neoplasias	Color paja, hemorrágico, mucinoso o quiloso	Variable 1.016 (45o/o)	2.5 (75o/o)	20o/o	1000 (50o/o) tipos celulares variables	Citología, bloque celular, biopsia peritoneal.
Peritonitis Tuberculosa	Claro, turbio, hemorrágico, quiloso	Variable 1.016 (50o/o)	2.5 (50o/o)	7o/o	1000 (70o/o) por lo común 70o/o de linfocitos.	Biopsia peritoneal, tinción y cultivo para bacilos ácido alcohol resistentes.
Peritonitis piógena	Turbio, purulento	Si es purulento 1.016	Si es purulento 2.5	poco común	Predominan los leucocitos polimorfonucleares. 1000 (90o/o) por lo común mesotelial, mononuclear.	Grampositivos positivo, cultivo
Insuficiencia Cardíaca Congestiva	Color paja	Variable 1.016 (60o/o)	Variable 1.5-5.3	10o/o		
Nefrosis	Color paja o quiloso	1.016	2.5 (100o/o)	poco común	250 mesotelial mononuclear.	Si es quiloso extracción con éter, tinción con sudán
Pancreatitis, seudoquiste	Turbio, hemorrágico o quiloso	Variable a menudo 1.016	Variable a menudo 2.5	Variable, puede estar teñido con snagre	Variable	Aumento de la amilasa en líquido ascítico y en suero.

* Tomado de Wintrobe-Thorm-Adams-Bennet-HARRISON-Branwold-Isselbacher-Peterdof, Medicina Interna, 4a. Edición en Español. Editorial La Prensa Mexicana, México 1973.

CAPITULO 3

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE DISTENSION ABDOMINAL

El paciente ascítico generalmente presenta, como signo abdominal, la distensión, la que puede ser moderada o severa. Cuando se nos presenta un paciente con este signo, debemos tomar en cuenta otros tipos de distensión abdominal. Entre éstos tenemos los siguientes:

- a) Meteorismo, que se diferencia por haber ausencia de la onda líquida y a la percusión se encuentra timpanismo generalizado.
- b) Quiste ovárico, que cuando tomamos como punto de referencia al ombligo, observamos que éste se aproxima al apéndice xifoides y sufre desplazamiento lateral. El signo de la onda líquida deja de percibirse cuando se percuten las zonas posteriores de los flancos. La matidez, se encuentra por lo regular formando una convexidad en sus bordes, hay matidez en el centro y claridad en los flancos. Con respecto a las medidas, se encuentra que el perímetro es mayor sobre el ombligo, en la ascitis y por debajo de él, en caso de ser quiste de ovario. Podemos también diferenciarlo por medio del tacto vaginal en el cual encontramos, cuando es ascitis, útero desplazado hacia abajo y hay buena movilidad del mismo, sucede lo contrario en quiste de ovario, es decir, útero desplazado hacia arriba y la movilidad es limitada. La paracentesis nos muestra características del líquido extraído para una y otra enfermedad. En caso de ser quiste, el líquido es grisáceo, pegajoso y viscoso. En ocasiones se puede presentar peritonitis secundaria a los depósitos de productos derivados del quiste y en este caso el diagnóstico se hace difícil.

- c) Distensión vesical, esta se presenta como una masa central en forma de globo, que se extiende hasta la altura del ombligo. Cuando la distensión es severa, suele observarse incontinencia urinaria por rebosamiento. La historia clínica cuidadosa y el sondeo vesical, nos hacen el diagnóstico de la distensión abdominal.
- d) Distensión en la Obesidad, en este caso la detección del líquido suele ser difícil, cuando se sospecha de su presencia. La obesidad se diferencia de distensión por líquido ascítico al observar que el ombligo continúa deprimido mientras que en la ascitis se presenta como se describió en el capítulo 2, inciso 2.1.
- e) Tumor fantasma, este problema generalmente es observado en las mujeres, sobre todo, en el climaterio. En éstas el abdomen aparece algunas veces tan distendido, que simula ser una paciente ascítica, presentar un tumor ovárico e incluso estar embarazada. Para lograr determinar qué tipo de distensión presenta la paciente, es necesario administrar un anestésico general, con el objeto de obtener una relajación completa, en cuyo caso, desaparecerá el pseudotumor.
- f) Grandes Quistes Abdominales o Tumores Quísticos. Según lo expresado en el inciso 1.2 (capítulo 1), éstos también son causa de ascitis, pero aquí, nos referiremos únicamente a las diferencias físicas que existen con la distensión por ascitis. Estos procesos patológicos no suelen distender el abdomen uniformemente, sin embargo pueden confundirse, sobre todo con unaperitonitis crónica tabicada, en la que, junto a las asas intestinales, existen zonas enclaustradas de contenido líquido. Los quistes pancreáticos pueden distinguirse por su localización y su contorno más o menos circular. Al practicar una paracentesis, las características de líquido y la presencia de tripsina y amilasa, confirman la naturaleza de la

enfermedad, naturalmente que lo anterior se debe relacionar a los datos de la historia clínica.

- g) Estómago Dilatado, éste puede también confundirse con ascitis. Pueden diferenciarse al investigarse las variaciones percutorias, en las que se encuentra un chapoteo en lugar de onda líquida.

Existen otros padecimientos que pueden confundirse con la ascitis, pero que es extremadamente raro que suceda, por lo que solamente los enumeraremos: útero grávido que evoluciona con hidramnios, distensión de la vesícula biliar, hidro o pnonefrosis y absceso hepático.

CAPITULO 5

TRATAMIENTO

Para establecer una base o plan terapéutico de la ascitis, debemos tener presente uno de los objetivos primordiales del presente trabajo, como lo es, el conocer los múltiples procesos patológicos que pueden acompañarse de ascitis.

Si revisamos la historia, el tratamiento de la ascitis se limitaba únicamente a la extracción del líquido intraperitoneal por medio de paracentesis, método que en la actualidad es utilizado **Primero:** para fines diagnósticos y **Segundo:** como medida terapéutica en el caso de que la ascitis esté produciendo dificultad respiratoria al no permitir la buena expansión pulmonar por elevación de los diafragmas.

Considero que el tratamiento debe ser instituido según la etiopatogenia de la ascitis, por lo que me permito exponer el siguiente plan terapéutico:

4.1 En la Hipertensión Portal:

En la actualidad con el mejor conocimiento de el modo de acción de los diuréticos, se ha considerado que el tratamiento de elección para los pacientes, en quienes la presencia de ascitis se debe a hipertensión portal, es la Espirinolactona, diurético antagonista de la Aldosterona, recomendada a dosis de 0.75mgs. hasta 150mgs. por día. Si los efectos esperados son insatisfactorios puede asociarse otro diurético, al ya establecido, del tipo Hidroclorotiazida a las dosis que varía entre 100 y 150 mgs. por día o Furosemida en dosis de 40 a 120 mgs. por día.

Cuando se habló de la fisiopatología de la ascitis se incluyó en este grupo a la Insuficiencia Cardíaca y la Pericarditis Constrictiva, en el primer caso, el tratamiento se iniciará con Digital y si no cediera se agregará un diurético (tiazidas o

furosemida). En el segundo caso el tratamiento será eminentemente quirúrgico (Pericardiectomía).

Es importante tomar en cuenta que el uso indiscriminado de diuréticos en pacientes con lesiones hepatocelulares puede provocar complicaciones como el Coma Hepático

4.2 En la Ascitis Quilosa:

El tratamiento será indicado dependiendo de la etiología, a saber: Si es de origen renal, iniciaremos una dieta hiposódica e hipoprotéica además de los diuréticos, tipo furosemida, a las dosis señaladas en el inciso 4.1 Si el problema es de origen Peritonitis Crónica (tuberculosa), usaremos el mismo esquema indicado en el inciso 4.1 y además se utilizarán drogas antituberculosas, por último, si el problema es de origen Peritonitis Aguda, el tratamiento será a base de antibióticos y procedimiento quirúrgico.

4.3 En la Desnutrición:

Por lo regular el paciente desnutrido con ascitis asociada, mejora notablemente con alimentación balanceada y tratamiento médico que se regirá de igual manera que el mencionado en el inciso 4.1.

4.4 En los Procesos Tumorales Intraabdominales:

Los tumores llamados benignos, como quistes de ovario y otros, el tratamiento será eminentemente quirúrgico. Los tumores malignos se tratan de acuerdo al esquema del inciso 4.1.

4.5 Procedimientos Quirúrgicos como otro tipo de Tratamiento:

No solamente existe el tratamiento con drogas y prueba de ésto es que cuando los resultados obtenidos son insatisfactorios, se recurre a la cirugía, en donde se han empleado

múltiples técnicas cuyos resultados no han sido del todo satisfactorios hasta la actualidad.

Siendo el objetivo principal del presente trabajo, el diagnóstico diferencial de los pacientes ascíticos, me limitaré a enumerar las diferentes técnicas quirúrgicas existentes sin profundizar en las mismas. De tal manera tenemos, que existe en primer lugar la operación de Dumont y Mulholland, la cual consiste en la dilatación y canalización del Conducto Torácico, método no muy utilizado por tener el inconveniente de no poder contar con una forma eficaz para mantener permeable dicho conducto.

Otra técnica para promover el drenaje de la ascitis, es la llamada operación de Lord, la cual consiste en la excisión de la fascia profunda, empleo de una válvula unidireccional de Holter, para drenar el líquido intraperitoneal en la vena cava inferior y una derivación peritoneo auricular.

Entre las técnicas más conocidas, para el tratamiento de la ascitis, tenemos: las anastomosis de la vena mesentérica superior a la vena cava inferior, la derivación espleno-renal y el reavivamiento de la fístula de Eck con la técnica de Whipple y Blakemore para tratar la hipertensión portal, y la derivación porto cava con sus respectivas variedades: término-lateral, término-terminal y látero-lateral, existiendo gran controversia en la utilidad y la determinación de la indicación de estas técnicas operatorias.

CAPITULO 5

ESTUDIO DE TREINTA PACIENTES ASCITICOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DEL DEPARTAMENTO DE QUETZALTENANGO

Todo paciente que acude a un hospital, centro de salud o clínica privada en busca de solución a sus problemas de salud física, presenta condiciones socio-económicas de diferente estrato, las que son factores predisponentes de las distintas enfermedades que pueden provocar el aparacimiento de ascitis como complicación de las mismas.

Tomando en consideración lo aseverado en el párrafo anterior y los parámetros contenidos en el estudio clínico de un paciente determinado, para llegar al diagnóstico definitivo, se investigaron los siguientes aspectos:

- 5.1 Datos Generales de los Pacientes
 - 5.1.1 Edad
 - 5.1.2 Sexo
 - 5.1.3 Ocupación
 - 5.1.4 Ingreso
 - 5.1.5 Procedencia

- 5.2 Historia Clínica de los Pacientes
 - 5.2.1 Sintomatología
 - 5.2.2 Antecedentes Médicos Patológicos
 - 5.2.3 Examen Físico del Abdomen

- 5.3 Diagnóstico Final

5.1 Datos Generales

La importancia de éstos, estriba en que pueden ser manejados estadísticamente y determinar la frecuencia con que se presenta la enfermedad que es objeto de estudio, en edad y sexo. La ocupación algunas veces puede tener relación directa con su apareamiento. Los ingresos económicos nos dan un índice de las condiciones socioculturales de los pacientes que padecen la enfermedad y por último la procedencia nos proporciona el conocimiento de los lugares en los que la enfermedad es más frecuente de encontrarla.

5.1.1 Edad

Las edades encontradas en los pacientes investigados se sintetizan en el cuadro siguiente:

CUADRO No. 1

EDAD PRESENTADA POR 30 PACIENTES ASCITICOS DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DE QUETZALTENANGO AÑO 1977

EDAD	TOTAL DE CASOS 30	PORCENTAJE 100 o/o
1 - 10	1	3.33
11 - 20	1	3.33
21 - 30	3	10.00
31 - 40	4	13.33
41 - 50	11	36.68
51 - 60	6	20.00
61 - 70	3	10.00
71 - 80	1	3.33

FUENTE: Investigación de Campo.

Como se observa en el cuadro anterior, el recorrido de la edad de los pacientes se encuentra comprendido entre 1 a 80 años, teniendo una edad promedio de 45 años, encontrándose que este promedio se refiere a personas adultas, lo cual se comprueba con la concentración del mayor número de pacientes entre las edades de 41 a 50 años (36.68o/o), se observa también que el 83.34o/o de pacientes estudiados el 83.34o/o corresponde a personas adultas y el 16.66o/o comprenden personas de edad infantil a adultos jóvenes. Para mejor ilustración y comprensión, la gráfica No. 1 demuestra la dispersión de los datos del cuadro anterior.

5.1.2 Sexo:

Del total de pacientes estudiados, el 53.34o/o correspondió a personas del sexo femenino y el 46.66o/o a personas del sexo masculino.

5.1.3 Ocupación:

La labor productiva que desempeñan los pacientes investigados se encuentra entre las llamadas marginales, tal como se demuestra en el cuadro siguiente:

CUADRO No. 2

OCUPACION DESEMPEÑADA POR 30 PACIENTES ASCITICOS DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DE QUETZALTENANGO AÑO 1977

OCUPACION	TOTAL DE CASOS 30	PORCENTAJE
Oficios Domésticos	14	46.67
Jornalero	9	30.00
Zapatero	2	6.67
Comerciante	2	6.67
Tractorista	1	3.37
Ayudante de Chofer	1	3.37

FUENTE: Investigación de Campo.

Al observar el cuadro anterior, notamos que el 46.67o/o de los pacientes, realiza oficios domésticos, siendo esta labor realizada exclusivamente por personas del sexo femenino; dentro de las labores netamente productivas, el 50o/o de los que desarrollan el comercio pertenecen al sexo femenino y el 3.33o/o de los que no tienen ocupación alguna pertenecen a este mismo sexo (este porcentaje se refiere a personas de edad infantil) con lo cual se comprueba que la mayoría de pacientes que fueron estudiados pertenecen al sexo femenino (ver inciso 5.1.2). Del total de casos estudiados, el 46.66o/o pertenece al sexo masculino que desarrolla labores eminentemente inherentes a su condición de jefe de familia.

5.1.4 Ingreso Económico:

Este rubro determina las condiciones en que el paciente tiene su modus-vivendi, en este caso específico, el factor económico de los pacientes investigados es claramente bajo, lo cual queda demostrado en el siguiente cuadro:

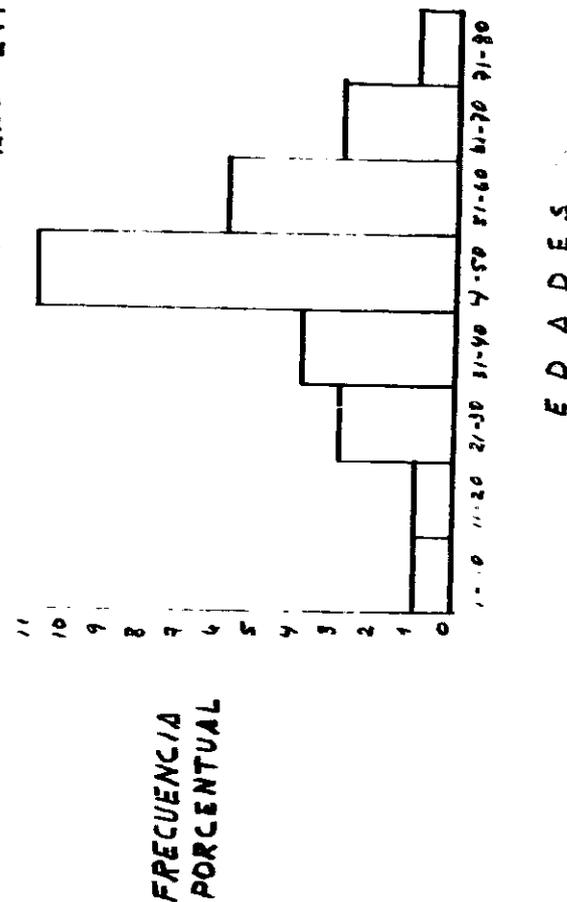
CUADRO No. 3

INGRESO ECONOMICO MENSUAL DE 30 PACIENTES ASCITICOS DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DE QUETZALTENANGO AÑO 1977

INGRESO EN QUETZALES	TOTAL DE CASOS	PORCENTAJE
	30	100.00
Menos de 10.00	2	6.67
11.00 a 20.00	4	13.33
21.00 a 30.00	15	50.00
31.00 a 40.00	3	10.00
41.00 a 50.00	4	13.33
51.00 ó más	2	6.67

FUENTE: Investigación de Campo

G R A F I C A N. 1
EDAD PRESENTADA POR 30 PACIENTES ASCITICOS
DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
DE QUETZALTENANGO AÑO 1977



Al observar el cuadro anterior nos damos cuenta que el 50o/o del total de casos investigados percibe un sueldo mensual que oscila entre Q21.00 y Q30.00, el 20o/o del total percibe ingresos mensuales menores de Q21.00 y el 30o/o restante percibe más de Q30.00.

De los datos anteriores, se determinó un ingreso medio mensual de Q36.30 por paciente, infiriendo que este ingreso percibido en forma mensual por los pacientes, no les permite tener condiciones de vida aceptable en forma personal, y si tomamos en cuenta que el 66.67o/o de los pacientes son el único sostén de la familia, el ingreso per-cápita para una familia del medio (5 miembros), queda reducido a Q7.26 mensuales para su propia subsistencia, que, dadas las condiciones del costo de vida en el país, los coloca en una situación infrahumana de subsistencia.

5.1.5 Procedencia:

Siendo el Hospital General San Juan de Dios de Quetzaltenango un centro de referencia de la Zona Sur-Occidental del país, los pacientes estudiados procedían de los departamentos, que quedan incluidos en esta zona, tal como se demuestra en el siguiente cuadro:

CUADRO No. 4

PROCEDENCIA POR DEPARTAMENTOS DE 30 PACIENTES
ASCITICOS DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
DE QUETZALTENANGO AÑO 1977

PROCEDENCIA	TOTAL DE CASOS	PORCENTAJE
	30	100.00
Quetzaltenango	20	66.67
San Marcos	5	16.67
Retalhuleu	3	10.00
Totonicapán	2	6.66

FUENTE: *Investigación de Campo*

Observando el cuadro de procedencia del paciente, nos damos cuenta que el 66.67o/o del total de ellos, corresponden al departamento de Quetzaltenango dada la ubicación del hospital y de su funcionamiento como hospital de referencia, y el 33.33o/o corresponde a departamentos vecinos de Quetzaltenango, que caen dentro del área de influencia del Hospital General.

5.2 Historia Clínica de los Pacientes:

Es de vital importancia conocer los datos relacionados al estudio clínico de los pacientes consultantes para determinar un diagnóstico diferencial, es por eso que consideramos necesario, en el presente trabajo investigar lo siguiente:

- 5.2.1 Sintomatología
- 5.2.2 Antecedentes médicos patológicos
- 5.2.3 Examen Físico de Abdomen (caso de Ascitis)

5.2.1 Sintomatología:

Esta se refiere al motivo por el cual el paciente acude a consulta médica, de esta manera tenemos que los síntomas principales, presentados por los pacientes investigados, son los que aparecen en el siguiente cuadro:

CUADRO No. 5

SINTOMATOLOGIA REFERIDA POR 30 PACIENTES ASCITICOS DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DE QUETZALTENANGO AÑO 1977

SINTOMAS*	FRECUENCIA PORCENTUAL DE SINTOMAS
Dolor Precordial	3.33o/o
Fiebre	3.33o/o
Epistaxis	3.33o/o
Disnea	6.67o/o
Diarrea	6.67o/o
Anorexia	13.33o/o
Nauseas y Vómitos	16.67o/o
Ictericia	16.67o/o
Edema de Miembros Inferiores	26.67o/o
Dolor Abdominal	40.00o/o
Distensión Abdominal	63.33o/o

FUENTE.: Investigación de Campo

*Los pacientes estudiados presentaron, en algunas ocasiones dos o más de los síntomas que aparecen en el cuadro.

Observamos en el cuadro anterior que el 73.33o/o del total de pacientes, manifestó como dolencia principal, la distensión abdominal (40.00o/o), el edema de miembros inferiores (26.67o/o), ictericia (16.67o/o) náuseas y vómitos (16.67o/o) y anorexia (13.33o/o); estos síntomas, cuando se presentan solos y por separado, no son característicos de una enfermedad en particular pero, si se presentan asociados nos orientan a circunscribir el diagnóstico diferencial.

En menor frecuencia, se presentaron síntomas aislados tales como: Diarrea que la refirió el 6.67o/o, disnea el 6.67o/o,

FUENTE: Investigación de Campo.

dolor precordial el 3.33o/o, fiebre el 3.33o/o y epistaxis el 3.33o/o.

La tendencia de apareamiento y el orden de importancia de estos síntomas, queda ilustrada con mayor claridad en la gráfica No. 2.

5.2.2 Antecedentes médicos patológicos:

La importancia de éstos radica en que los mismos nos orientan al diagnóstico del proceso patológico que causa de la ascitis presentada por el paciente y son de mucha utilidad puesto que así podemos muchas veces fijar la conducta a seguir y lograr de esta manera el diagnóstico definitivo.

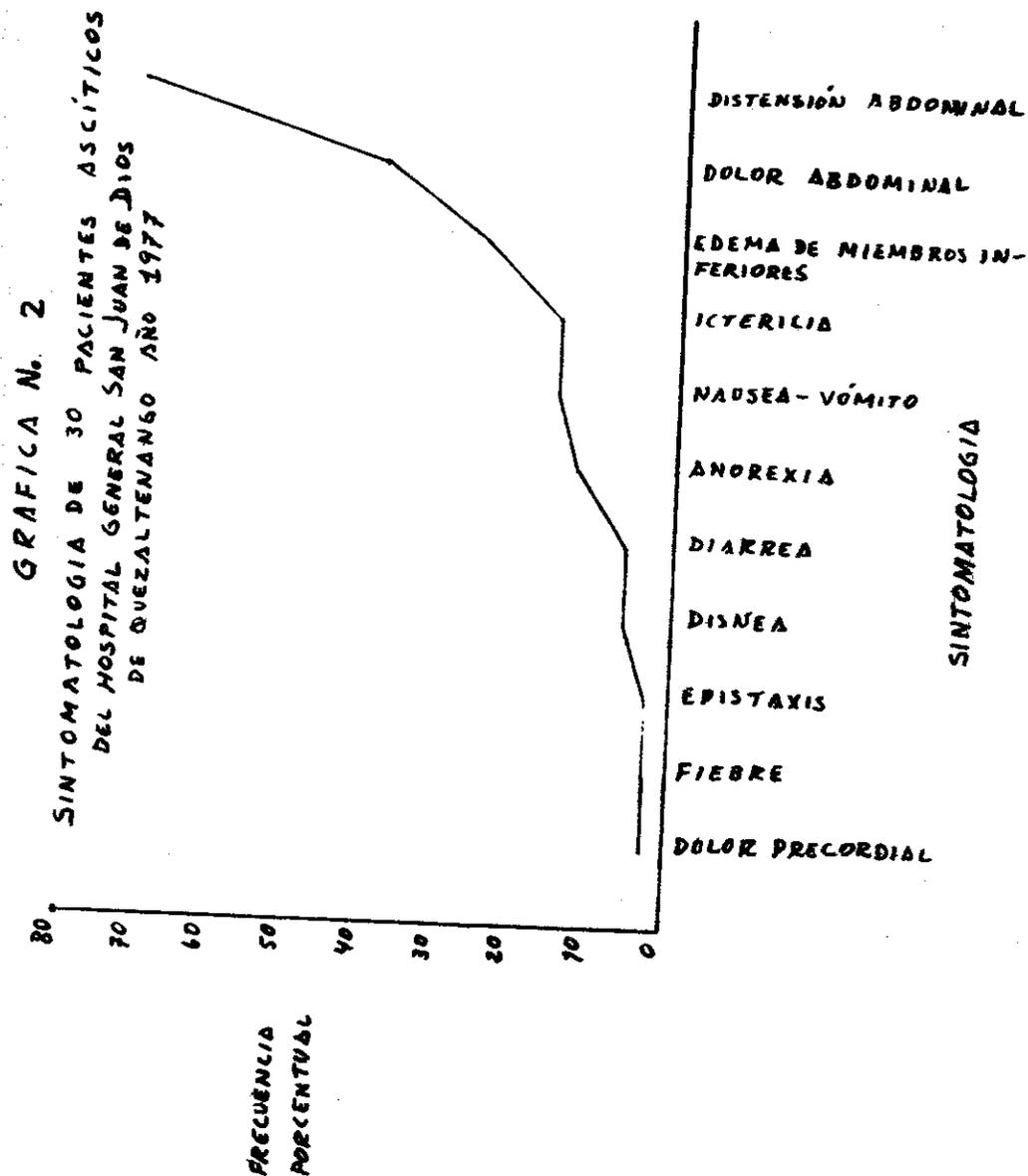
Los antecedentes presentados por los pacientes estudiados se detallan en el siguiente cuadro:

CUADRO No. 6

ANTECEDENTES MEDICOS PATOLOGICOS DE 30 PACIENTES ASCITICOS DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DE QUETZALTENANGO AÑO 1977

ANTECEDENTES	FRECUENCIA PORCENTUAL
Alcoholismo	36.67o/o
Tabaquismo	6.67o/o
Hepatitis Anictérica	3.33o/o
Tuberculosis Pulmonar	3.33o/o
Perdida de Peso	3.33o/o
Hipertensión Arterial	3.33o/o
Diabetes	3.33o/o
Linfadenitis Crónica	3.33o/o
Insuficiencia Cardíaca	3.33o/o
Artritis Reumatoide	6.67o/o
Paludismo	3.33o/o
Sin Antecedentes	36.67o/o

FUENTE: Investigación de Campo



Los pacientes refirieron algunas veces 2 o más antecedentes.

Del total de pacientes investigados solo el 63.33o/o refirieron tener antecedentes médicos patológicos y el 36.67o/o no refirieron ningún tipo de antecedentes.

Podemos observar en el cuadro anterior que el mayor porcentaje le corresponde al alcoholismo, 36.67o/o, siguiendo en orden de importancia el tabaquismo, 6.67o/o y la artritis reumatoide, 6.67o/o, el resto de antecedentes se presentaron con menor frecuencia. Esto último tiene importancia, si relacionamos este cuadro con el cuadro No. 8, donde se encuentran presentados los diagnósticos finales obtenidos, que en su mayor parte corresponden a las complicaciones observadas en cada una de las enfermedades mencionadas en los antecedentes, prueba de ello es la variedad de diagnósticos finales obtenidos.

5.2.3 Examen Físico del Abdomen:

Al igual que los parámetros mencionados en los incisos 5.2.1 y 5.2.2, el examen físico nos orienta a pensar en determinadas enfermedades y así podemos tomar una conducta para el seguimiento de los pacientes a nuestro cargo. En los pacientes ascíticos estudiados, se encontró que los signos que aparecen en el cuadro siguiente, son los más frecuentes.

CUADRO No. 7

SIGNOS ABDOMINALES ENCONTRADOS EN 30 PACIENTES ASCITICOS DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DE QUETZALTENANGO AÑO 1977

SIGNOS ABDOMINALES FRECUENCIA PORCENTUAL

Paciente con embarazo	3.33o/o
Timpanismo	3.33o/o
Abdomen Plano	3.33o/o
Circulación Colateral	10.00o/o
Masa Abdominal	10.00o/o
Hepatomegalia	33.33o/o
Abdomen Globoso	56.67o/o
Onda Líquida	60.00o/o

FUENTE.: Investigación de Campo

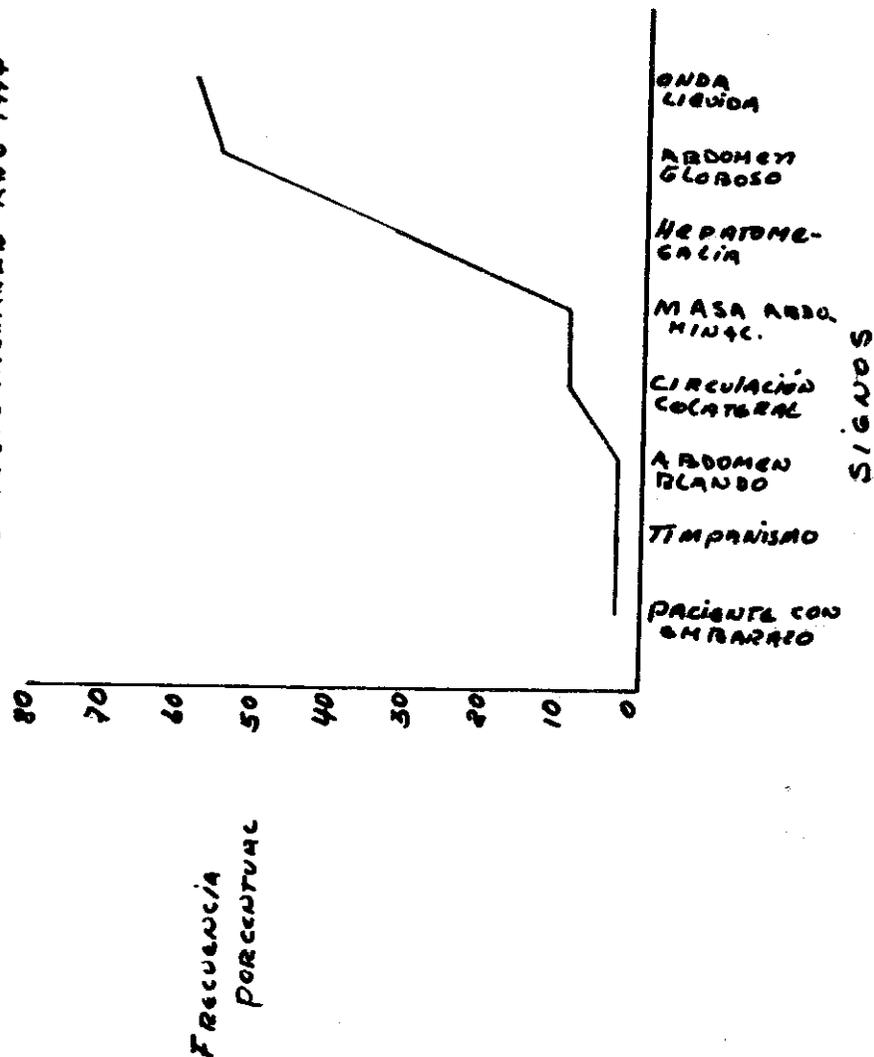
En el total de pacientes estudiados, se encontró el 60o/o presentando onda líquida, ésto se debió a que hubo pacientes que desarrollaron la ascitis dentro del servicio y allí se inició el estudio. Observamos que el porcentaje de abdomen globoso (56.67o/o) es representativo, lo que nos indica que es signo predominante en los ascíticos, la hepatomegalia (33.33o/o) se presentó en un porcentaje que no correspondió al 100o/o de los pacientes con cirrosis (ver cuadro No. 8). Posteriormente vemos la poca frecuencia, 10o/o, de circulación colateral y masa abdominal.

El abdomen plano y el timpanismo (3.33o/o), nos da la pauta, que aunque un paciente no nos impresione como ascítico debemos poner atención y efectuar el examen físico en una forma más cuidadosa. (Graf. No. 3).

5.3 Diagnóstico Final:

Para llegar a un diagnóstico definitivo sabemos que es necesario contar con una historia clínica y un examen físico, para

GRAFICA No. 3
SIGNOS ABDOMINALES DE 30 PACIENTES ASCITICOS
DEL HOSPITAL GENERAL "N. JUAN DE DIOS"
DE QUETZALTENANGO AÑO 1977



que nuestra conducta en el estudio y manejo de un paciente sea adecuado y logremos nuestro objetivo. Dentro de la investigación de campo se siguió un orden y éste es el siguiente: si iniciaba con la detección del paciente ascítico, luego se le efectuaba su historial clínico y dependiendo de la impresión clínica que se tenía, se optaba por indicar los exámenes de laboratorio correspondientes, los cuales se integraron en una boleta (ver anexo No. 2) a la cual se le llamó de ayudas diagnósticas.

Me permito indicarles, amables lectores, que el laboratorio es un medio de ayuda diagnóstica para el clínico, pero, en algunos procesos patológicos, como en el caso del presente estudio, son de muy poco valor diagnóstico, por lo que se recurre al procedimiento de Biopsia, el cual nos hace el diagnóstico final, debemos recordar que los estudios radiológicos son muy útiles en este caso.

Al afirmar lo anterior me baso en la experiencia obtenida en el manejo de la boleta de ayudas diagnósticas, en la cual se observó que todos los procesos patológicos presentaban valores anormales similares en muchas ocasiones.

Tuve la oportunidad de encontrar entre los 30 pacientes presentados un caso interesante, un paciente presentaba dos causas diferentes de ascitis, lo que nos indica la importancia de estudiar, al paciente ascítico, en forma exhaustiva aunque la historia y el examen físico nos oriente a pensar que el diagnóstico es obvio.

Dentro de el estudio realizado se encontró que el estudio químico de el líquido ascítico no es capaz de diferenciar una causa de otra, puesto que las características macroscópicas y los resultados de laboratorio no eran específicas para una u otra enfermedad. Los diagnósticos finales fueron obtenidos en su mayoría por estudio de biopsia y parte por estudio radiológico.

A continuación presento un cuadro en el que se anotan los diagnósticos finales obtenidos y su frecuencia porcentual.

CUADRO No. 8

DIAGNOSTICO FINAL DE 30 PACIENTES ASCITICOS DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DE QUETZALTENANGO AÑO 1977

DIAGNOSTICO	TOTAL DE CASOS 30	PORCENTAJE 100.00 o/o
Cáncer del Páncreas	1	3.33
Cáncer Gástrico	1	3.33
Glomerulonefritis Crónica	1	3.33
Cáncer Hepático	1	3.33
Cisto Adeno Carcinoma primario en Ovario	1	3.33
Hepatitis Infecciosa	1	3.33
Tuberculosis Intestinal	1	3.33
Pericarditis Constrictiva	1	3.33
Cirrosis Alcohólica-Teratomas del Ov.	1	3.33
Desnutrición	2	6.67
Insuf. Cardíaca Sec. a Estenosis Mitral	2	6.67
Síndrome Nefrótico	2	6.67
Cirrosis Nutricional	4	13.33
Cirrosis Alcohólica	11	36.69

FUENTE.: Investigación de Campo

En este cuadro observamos que el 50o/o de los pacientes estudiados el diagnóstico final fué de Cirrosis, dividiéndose en Cirrosis Nutricional 13.33o/o y Cirrosis Alcohólica 36.69o/o. Es interesante mencionar que el 13.32o/o de los pacientes presentó diagnóstico de Carcinoma, como causa de ascitis. Notamos también que los demás diagnósticos fueron muy diversos.

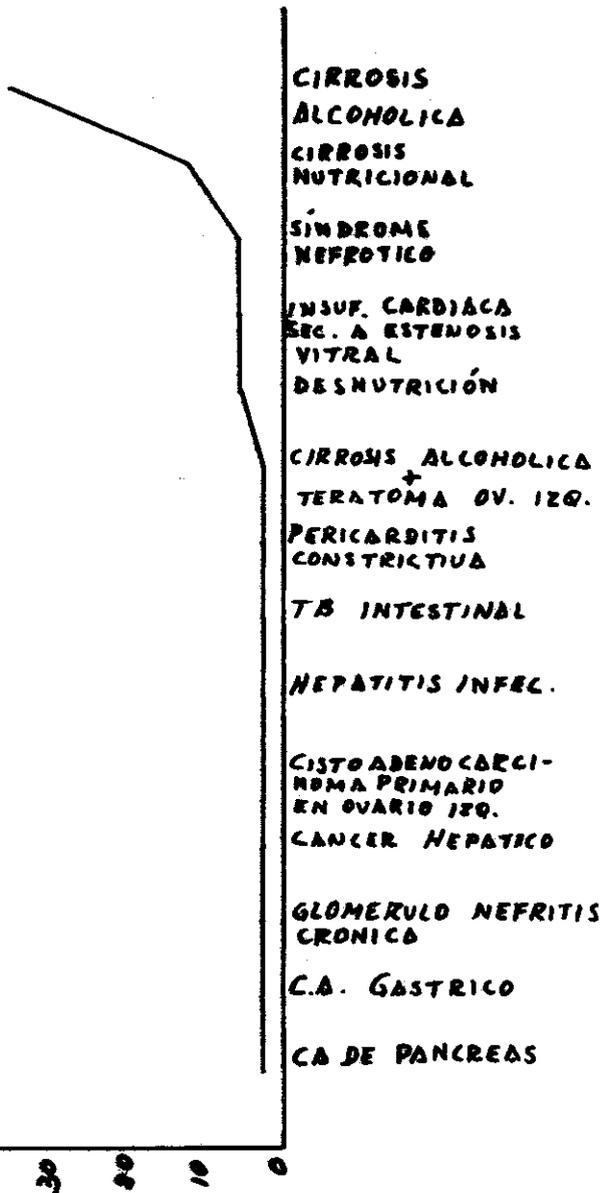
Podemos afirmar de acuerdo a los resultados obtenidos que la cirrosis es la enfermedad más frecuente que se acompaña de ascitis, teniendo más incidencia la de tipo Alcohólico y nutricional que no es más que el reflejo de la condición socioeconómica y cultural de los pacientes que asisten a las instituciones hospitalarias del estado.

Los resultados finales se expresan en forma objetiva en la gráfica No. 4.

GRAFICA No. 4

DIAGNOSTICO FINAL DE 30 PACIENTES ASCITICOS
DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
DE QUETZALTENANGO AÑO 1977

FRECUENCIA
PORCENTUAL



CONCLUSIONES

1. La ascitis es un síndrome, no una enfermedad, ya que su apareamiento es secundario a diversas causas etiológicas.
2. La ascitis es un síndrome frecuente en nuestro medio.
3. La ascitis la podemos encontrar en todas las edades, siendo más frecuente en las personas comprendidas entre los 41 a 50 años.
4. La etiología más frecuente de la ascitis, en nuestro medio, es la Cirrosis (alcohólica y nutricional).
5. Con respecto al sexo, aunque en el presente trabajo, se encontró que es más frecuente en el femenino, creo que no es determinante en el apareamiento de la ascitis.
6. La mayoría de pacientes ascíticos provienen de estratos sociales bajos, lo que se relaciona probablemente a su bajo nivel educacional y alimentación deficiente, debido a su precaria condición económica.
7. La sintomatología presentada por un paciente ascítico, no es característica de una enfermedad en particular.
8. En la mayoría de pacientes ascíticos, el examen físico del abdomen, no es orientador hacia la causa etiológica primaria.
9. El examen físico completo de el paciente ascítico nos puede orientar hacia la causa etiológica.
10. La paracentesis diagnóstica, tanto desde el punto de vista macroscópico como de laboratorio, no es suficientemente fidedigno para establecer el diagnóstico etiológico.

11. Los estudios radiológicos especializados nos ayudan a establecer, algunas veces, etiologico de la Ascitis.

RECOMENDACIONES

1. En el estudio y manejo de la ascitis, es de mucha importancia individualizar al paciente que la presente.
2. Al paciente ascítico se le deberá estudiar en una forma completa, aunque el diagnóstico sea obvio, pues hay casos en que pueden existir en un mismo paciente, dos o más causas de ascitis.
3. Siendo la Cirrosis la causa más frecuente de ascitis, en nuestro medio, el estudio de el paciente ascítico se iniciará con pruebas hepáticas.
4. En los pacientes ascíticos con sospecha de lesión hepática extensa, el manejo de los diuréticos se hará con cuidado, tomando en cuenta las complicaciones que se presentan con su uso, en este tipo de pacientes.
5. Los pacientes, que además de ascitis, presenten una masa intraabdominal, estará indicada una biopsia para llegar al diagnóstico definitivo.
6. La paracentesis, se hará únicamente en dos casos: cuando ésta sea para estudio de laboratorio y cuando se trate de evitar la elevación de los diafragmas en caso de observarse dificultad respiratoria, a causa de la ascitis.
7. Para llegar a un diagnóstico definitivo, puede usarse una correlación de los estudios indicados en el anexo 2, de este trabajo.

BIBLIOGRAFIA

1. Beeson Paul B-Walsh McDermott, Tratado de Medicina Interna Cecil Loeb, 13a. edición, Editorial Interamericana, México 1972.
2. Conn, H.O. and Lindenmuth, W.W. Prophylactic Porta-Caval Anastomosis in cirrhotic patients with Esophageal Varices and Ascites. American Journal of America, Surgery, 117-656, 1969.
3. French Herbert, Diagnóstico diferencial Daimon, 1a. Edición, Editorial Daimon, España 1963.
4. Gabuzda, G.J., Nutrition and Liver Disease, Practical Consideration, The Medical Clinics of North America, 54-1455 1970.
5. Ganong, Dr. William F. Manual de Fisiología Médica, 3a. Edición Editorial El Manual Moderno, México 1971.
6. Garceau, A.J. Chalmers, TC and the Boston Inter hospital Liver Group, The Natural History of Cirrosis, With Esophageal Várices, The New England Journal of Medicine, 268-459, 1963.
7. Hyatt, R.E. and Smith J.R. The mechanism of Ascites. American Journal of Medicine 16-434 1954.
8. Orloff, M.J. Ross, T.T. Baddeley, R.M., Nutting, R.O. Spitz, B.R. Sloop, R.D., Neesby, T. and Halasz, N.A. Experimental Ascites. VI. The effects of Hepatic venous outflow Obstruction and ascites on aldosterone secretion. Surgery, 56-83, 1964.

9. Rhoads, Dr. Jonathan E. Allen, Dr. J. Garrot, Harkins Dr. Henry N, Moyer, Dr. Carl A. Principios y Práctica de Cirugía, 4a. Edición Editorial Interamericana, México 1972.
10. Robbins Dr. Stanley L. Patología Estructural y Funcional, 1a. Edición Editorial Interamericana México - 1975.
11. Sabinston, Dr. David C. Jr. Tratado de Patología Quirúrgica, de Davis-Christopher. 6a. Edición, Editorial Interamericana, 1974.
12. Shear L. Kleinerman J. and Gabuzda, G.J. Renal Failure in Patients with Cirrosis for the Liver, I Clinical and Pathologic Characteristics. American Journal of Medicine, 39-184, 1965.
13. Wintrobe Thorm Adams Bennet HARRISON Branwold (Isselbacher Peterdof Medicina Interna, 4a. Edición en Español. Editorial La Prensa Mexicana, México 1973.
14. Surós J. Semiología Médica y Técnica Exploratoria, 5a. Edición. Editorial Salvat, España 1972.

ANEXO No. 1

NOMBRE

REGISTRO

Edad
Antecedentes
Examen Físico

Sexo
Abdomen

Procedencia

Dr. FRANCISCO A. VILLATORO
TRABAJO DE TESIS

Nombre: _____

Edad _____ Sexo _____ Reg. No. _____

HEMATOLOGIA

EXAMEN	RESULTADO	EXAMEN	RESULTADO	EXAMEN	RESULTADO
Eritrocitos		Eritrosedimentación			
Hemoglobina		Tiempo de protrombina			
Hematocrito		Tiempo de sangría			
Reticulocitos		Tiempo de coagulación			
Leucocitos		Frote Periférico			
Basófilos %	Eosinófilos %	Neutrófilos %	Linfocitos %	Monocitos %	Clasificación de Anemia

Fecha _____

QUIMICA SANGUINEA

Nitrógeno de Urea _____ mg/dl	Proteína total _____ g/dl	ENZIMAS
Creatinina _____ mg/dl	Albumina _____ g/dl	T.G.O. _____ mU/ml
Depuración de creatinina _____ ml/min	Globulina _____ g/dl	T.G.P. _____ mU/ml
	Relación A/G _____	F. Alcalina _____ mU/ml
		F. Acida _____ mU/ml
		Amilasa _____ U
		D.H.L. _____ mU/ml
		Lipasa _____ U

BILIRRUBINA

Total _____ mg/dl
Directa _____ mg/dl
Indirecta _____ mg/dl
Turbidez del timol _____ u
Bromosulfaleína _____ % Ret.45'
Varios:

GLUCOSA

En ayunas _____ mg/dl
Postprandial _____ mg/dl

ELECTROLITOS

Sodio _____ mEq/l
Potasio _____ mEq/l
Cloruros _____ mEq/l
Fósforo _____ mg/dl
Calcio _____ mg/dl

Fecha _____

ORINA

EXAMEN	RESULTADO	EXAMEN	RESULTADO	EXAMEN	RESULTADO
Aspecto		Sedimento		Bilis	
Color		Eritrocitos		Sangre oculta	
Reacción P H		Leucocitos			
Densidad		Epitelio			
Albumina		Cilindros			
Glucosa		Cristales			
Acetona		Bacterias			

LIQUIDO ASCITICO

EXAMEN	EXAMEN
Proteinas	Sedimento
Glucosa	Rec. Celular
Col. Gram	Col. Ac. Al. Res.

Diferencial: Linfocitos% Neutrófilos% Otros

Fecha _____

RX No.

Tórax

Abdomen

Estudio Radiológico

Electrocardiograma

Biopsia

BR.

Presidencia

[Signature]

Aesor.

[Signature]

Revisor.

[Signature]

Director de Fase III.

[Signature]
Secretario General

Vp. Bo.

[Signature]

Decano