

V Arroyo

EVALUACIÓN DEL PACIENTE CIRRÓTICO CON ASCITIS

La evaluación del paciente cirrótico con ascitis debe efectuarse tras 4-5 días de dieta hiposódica (50-60 mEq/día) y sin diuréticos y ha de ir destinada a dos objetivos fundamentales: 1) Establecer el tratamiento más apropiado del síndrome ascítico-edematoso: 2) establecer el pronóstico inmediato y a medio plazo del paciente y la indicación de trasplante hepático.

Evaluación del grado de afectación hepática y de las características de la ascitis. Las pruebas estándar de función hepática, el hemograma completo y la glicemia son esenciales en la evaluación de un paciente cirrótico con ascitis. La concentración plasmática de albúmina es más importante que la bilirrubina y la tasa de protrombina en establecer el pronóstico de los pacientes cirróticos con ascitis.

Todo paciente cirrótico con ascitis debe ser explorado ecográficamente con un cuádruple objetivo: descartar la existencia de un carcinoma hepatocelular (su incidencia es superior al 20% en pacientes que acuden al hospital por ascitis); descartar la existencia de trombosis portal que puede contraindicar un trasplante hepático; estimar el tamaño del hígado, dado que el hallazgo de un hígado pequeño indica una probabilidad de supervivencia muy corta; descartar patología renal o de las vías urinarias (la indemnidad ecográfica del sistema urinario es un criterio diagnóstico mayor del síndrome hepatorenal).

Se ha de efectuar una paracentesis diagnóstica. Los parámetros que se han de medir de una forma rutinaria son la concentración de proteínas totales y el recuento celular (hematíes y células nucleadas). Una concentración de polimorfonucleares superior a 250 mm^3 es diagnóstica de peritonitis bacteriana espontánea. En estas circunstancias la tinción de Gram es positiva sólo en el 20% de los casos y el cultivo de líquido ascítico aísla el germen responsable sólo en el 50% de los casos. Una concentración de proteínas en líquido ascítico superior a 15 g/l indica una concentración relativamente elevada de factores antibacterianos (complemento, fibronectina) y una pequeña probabilidad de desarrollar peritonitis bacteriana espontánea. La mayoría de pacientes cirróticos tiene una concentración de proteínas en líquido ascítico inferior a este valor. El tratamiento diurético se asocia a un aumento de la concentración de proteínas en líquido ascítico. La ascitis de

un paciente cirrótico sin otra complicación puede ser hemática quilosa. No obstante, en estas circunstancias debe descartarse una patología neoplásica.

El volumen del líquido ascítico debe estimarse de una forma semicuantitativa en grados: 1) ascitis de pequeño volumen; 2) ascitis de moderado volumen; 3) ascitis de gran volumen. El grado de tensión de la ascitis no solo depende del volumen sino también de la indemnidad del tono muscular de la pared del abdomen. Debe también explorarse los edemas periféricos y estimarse semicuantitativamente: 1: edemas detectables en 1/3 inferior de las extremidades inferiores. 2: edemas que abarcan desde la rodilla, 3: edemas que afectan piernas y muslo. En ocasiones pueden afectar también la pared anterior del abdomen y región sacra.

Evaluación de la disfunción circulatoria. La presión arterial media (presión arterial sistólica más de 1/3 de la diferencia entre presión sistólica y presión diastólica) y la medición de la actividad renina plasmática son fundamentales en la evaluación del estado circulatorio. La existencia de una presión arterial media inferior a 80 mm Hg o de una actividad renina plasmática superior a 4 ng/ml/h (nivel superior de normalidad en individuos sanos en dieta hiposódica) se asocia a una corta probabilidad de supervivencia. La concentración plasmática de noradrenalina es tan sensible como la actividad renina plasmática en estimar la intensidad de la disfunción circulatoria.

Evaluación de la función renal. La función renal debe evaluarse mediante la determinación del ionograma en plasma, concentración plasmática de creatinina y de nitrógeno ureico (BUN), volumen urinario de 24h, ionograma y concentración de proteínas en una muestra de este volumen urinario y sedimento de orina en una muestra de orina reciente. Aunque la concentración plasmática de sodio normal es de 135-145 mEq/l, se considera que un paciente tiene hiponatremia cuando la concentración plasmática de sodio es igual o inferior a 130 mEq/l. El diagnóstico de síndrome hepatorenal se basa en la existencia de una concentración plasmática de creatinina igual o superior a 1.5 mg/dl. Sin embargo, la presencia de niveles de creatinina y/o BUN superior a 1.2 y 25 mg/dl, respectivamente, indica un deterioro importante de la hemodinámica renal. La excreción urinaria de sodio es un parámetro esencial para predecir la dosis de diuréticos que precisa un determinado paciente. La concentración plasmática de creatinina y BUN, la concentración plasmática de sodio y la intensidad de la retención renal de sodio son parámetros pronósticos muy sensibles.

La evaluación de la capacidad renal de excretar agua libre tras una sobrecarga de agua por vía intravenosa de 20 ml/kg de peso (en forma de solución glucosada al 5%) es un parámetro de gran valor pronóstico en los pacientes cirróticos con ascitis que supera en sensibilidad a cualquiera de los anteriormente citados. La sobrecarga acuosa se efectúa durante 45 minutos. Se esperan 15 minutos tras los cuáles se recoge la orina emitida

durante 90 minutos. El aclaramiento de agua libre se calcula restando el volumen urinario en ml/min. del aclaramiento osmolar (osmolaridad urinario x volumen de orina/osmolaridad plasmática). Los pacientes con aclaramiento de agua libre normal (>6 ml/min) tienen un excelente pronóstico y no requieren ser evaluados para trasplante hepático de una forma inmediata. Los pacientes con aclaramiento de agua libre < 6 ml/min son los candidatos ideales para trasplante.

TRATAMIENTO

Pacientes con ascitis grado 3. El volumen medio de la ascitis en estos pacientes es de alrededor de 10 L, oscilando entre 6 y más de 15 litros. En ellos, el tratamiento de elección es la paracentesis total (extracción completa de la ascitis en una única sesión) asociada a la infusión intravenosa de albúmina (8 g por litro de ascitis extraída). Este procedimiento es más eficaz que el tratamiento con dieta hiposódica y diuréticos, se asocia a menos complicaciones (encefalopatía hepática y deterioro de la función renal) y reduce considerablemente el tiempo de estancia en el hospital y por tanto el coste económico del proceso terapéutico. La probabilidad de supervivencia y el curso a largo plazo de la enfermedad es similar con ambos procedimientos terapéuticos.

La poligelina (HemoC), el dextrano-70 (Macrodex) o el dextrano-40 (Rheomacrodex) son menos eficaces que la albúmina en prevenir la disfunción circulatoria postparacentesis. Este trastorno es clínicamente asintomático y se caracteriza por un aumento marcado de la actividad renina plasmática (superior al 50% sobre los niveles basales hasta un nivel pro encima de 4 ng/ml/h a los seis días del tratamiento). Se asocia a una recidiva significativamente más frecuente y rápida de la ascitis y a un acortamiento de la probabilidad de supervivencia. La incidencia de un deterioro hemodinámico como el descrito ocurre espontáneamente (en pacientes con ascitis a tensión sin tratamiento durante 7 días) en un 10% de casos, en pacientes tratados con albúmina en el 18%, en pacientes tratados con poligelina o dextrano-70 en el 35% 40%, en pacientes tratados con dextrano-40 en el 0%, y en pacientes tratados con paracentesis sin expansión del volumen plasmático en el 70%.

Una vez realizada la paracentesis, los pacientes han de ser tratados con dieta hiposódica (50 mEq/día) y diuréticos para evitar la reacumulación de ascitis. La dosis de diuréticos ha de basarse en los niveles iniciales de actividad renina plasmática, concentración plasmática de creatinina y/o BUN, y en la excreción urinaria de sodio. Los pacientes con actividad renina plasmática normal o excreción urinaria de sodio superior a 10 mEq/día de sodio pueden ser tratados con espironolactona (200 mg/día). Los pacientes con concentración sérica de creatinina y/o BUN normales y actividad renina plasmática elevada o excreción urinaria de sodio inferior a 10 mEq/día deben ser tratados con la asociación furosemida (40 mg día) y espironolac-

tona (100 mg día). Los pacientes con concentración plasmática de creatinina y/o BUN iguales o superiores a 1.2 mg/dl y 25 mg/dl, respectivamente, deben recibir furosemida (80 mg/día) y espironolactona (200 mg/día). Los pacientes han de reevaluarse al cabo de 5 días ajustando la dosis de diurético según respuesta (estimada por la evaluación del peso corporal, exploración abdominal y excreción urinaria de sodio). El objetivo del tratamiento es mantener al paciente con mínima o sin ascitis con la menor cantidad de diurético posible.

Paciente con ascitis grado 2. El volumen de líquido ascítico en estos pacientes oscila entre 3 y 6 litros. Aunque pueden ser tratados con paracentesis, el tratamiento inicial de elección de estos enfermos reside en la restricción de la ingesta de sodio y la administración de diuréticos. El esquema terapéutico inicial se establece según los criterios antes indicados. La dosis terapéutica ha de incrementarse si la respuesta (evaluada tras 3 días de tratamiento) es insatisfactoria (pérdida de peso inferior a 200g/día) o reducirse si la pérdida de peso es excesiva (más de 500g/día en los pacientes sin edema o con edema grado 1, más de 1 Kg/día en los pacientes con edema grado 2 y 3). El incremento debe efectuarse añadiendo furosemida (40 mg/día y si no hay respuesta 80 mg/día) a la espironolactona en los pacientes del grupo 1, aumentando simultáneamente de dosis de furosemida (de 40 en 40 mg/día) y espironolactona (de 100 en 100 mg/día) en los pacientes de los grupos 2 y 3. La máxima dosis de diuréticos es 160 mg/día de furosemida y 400 mg/día de espironolactona. Una vez eliminada la ascitis, las dosis de diuréticos deben ajustarse a la baja. El objetivo del tratamiento diurético debe ser mantener al paciente con mínima o sin ascitis con la menor cantidad de diuréticos posible.

Pacientes con ascitis grado 1. El volumen de líquido ascítico en estos pacientes es escaso. Aunque a veces el diagnóstico es clínicamente evidente, no es infrecuente tener que recurrir a la ecografía para su confirmación. Estos enfermos deben ser tratados inicialmente con dieta hiposódica y espironolactona (100 mg/día). El tratamiento debe aumentarse según el esquema antes indicado si no hay respuesta y el volumen de la ascitis aumenta. En los casos que responden al tratamiento inicial no es infrecuente que, una vez eliminada la ascitis, estos pacientes se mantengan sin ascitis sólo con dieta hiposódica.

Pacientes con ascitis refractaria. La ascitis refractaria (ascitis grado 2 o 3) es aquella que no puede ser eliminada satisfactoriamente (descenso del volumen de la ascitis al menos al grado 1) o cuya recidiva precoz (reaparición de ascitis grado 2 o 3 en las primeras 4 semanas tras la eliminación inicial; la reaparición de ascitis en los primeros 2-3 días tras tratamiento con paracentesis en los pacientes con edemas no debe considerarse como recidiva precoz) No puede ser evitada mediante tratamiento médico. El término ascitis refractaria incluye 2 diferentes subtipos: la ascitis resistente a los diuréticos y la ascitis intratable por diuréticos.

La ascitis resistente a los diuréticos es aquella que no puede ser eliminada satisfactoriamente o cuya recidiva precoz no puede ser evitada debido a una falta de respuesta (descenso de peso corporal inferior a (200 mg/día) a dieta hiposódica (50 mEq/día) y dosis máximas de diuréticos (160 mg/día de furosemida y 400 mg/día de espironolactona durante al menos una semana; la respuesta diurética se evalúa durante los últimos 4 días).

La ascitis intratable por diuréticos es aquella que no puede ser satisfactoriamente eliminada o cuya recidiva precoz no puede ser evitada debido al desarrollo de complicaciones relacionadas con los diuréticos que impiden el uso de dosis efectivas de estos fármacos (encefalopatía hepática en ausencia de otro factor precipitante; insuficiencia renal inducida por diuréticos definida como un aumento de la creatinina plasmática superior al 100% por encima de 2 mg/dl; hiponatremia inducida por diuréticos definida como un descenso de la concentración plasmática de sodio superior a 10 mEq/l por debajo de 125mEq/l; hiper o hipokalemia inducidas por diuréticos definidas como un aumento de la concentración plasmática de potasio superior a 6 mEq/l o un descenso a un nivel inferior a 3 mEq/l a pesar de efectuar medidas terapéuticas para normalizar la concentración plasmática de potasio).

El tratamiento de elección de la ascitis refractaria es la realización de paracentesis terapéutica total asociada a la administración i. v. de albúmina (8g. por litro de ascitis extraída) seguida de la administración de dosis máximas toleradas (en caso de ascitis intratable por diuréticos) de diuréticos. Sólo en aquellos pacientes que requieran paracentesis muy frecuentes y que intoleren este procedimiento puede indicarse la implantación de una anastomosis peritoneo-venosa de LeVeen o un shunt portocava intrahepático transyugular.

La presencia de ascitis refractaria es una indicación clara de trasplante hepático.