

Presencia de Ascitis en Pacientes Oncológicos

Presence of Ascites in Cancer Patients

Fecha de recepción: April 13, 2021, Fecha de aceptación: June 02, 2021, Fecha de publicación: June 09, 2021

Short Communication

La palabra ascitis viene del griego askos que significa saco/bolsa peritoneal y cuando ese líquido está asociado a una patología oncológica estamos frente a una ascitis maligna. El Instituto Nacional del Cáncer define la AM como una acumulación de fluido que contiene las células cancerosas en el abdomen [1].

La ascitis es la presencia de líquido que se ha acumulado en la cavidad peritoneal, este hallazgo es observado en diversas patologías, principalmente en enfermedades hepáticas como complicación y oncológicas. En el que se implica diversos procesos fisiopatológicos [1].

Los pacientes con patologías oncológicas desarrollan ascitis en un 15 a 50%. Los carcinomas que con más frecuencia presentan son; ovario, mama, endometrio, colon, estómago, páncreas y bronquios tienen una alta incidencia de presentarlo [2].

Su patogénesis se debe varios factores los cuales son: elevación de la presión hidrostática, disminución de la presión coloido-osmótica, aumento en la permeabilidad capilar y escape de líquido a la cavidad peritoneal entre otros que no se ha descrito muy bien fisiopatología [2].

La AM representa un 10% del total de las ascitis. El pronóstico no es favorable para estos pacientes puesto que desde el día 1 del diagnóstico de AM la esperanza de vida es de 20 semanas, aunque para otros autores el tiempo puede ser variable (2 a 6 meses). La calidad de vida en estos pacientes mejora principalmente con tratamientos paliativos ya que no hay un tratamiento antitumoral efectivo [3].

Algunos carcinomas pueden debutar con ascitis maligna en un porcentaje 52 a 54% de los casos y de estos un 20% tiene un tumor primario desconocido, esto representa un malestar físico y emocionalmente para los últimos meses de vida de una persona que lo padece [4].

En la fisiopatología de la ascitis maligna hay varias hipótesis, pero la más aceptada es que es un proceso multifactorial e involucra tanto la producción como la reabsorción del líquido ascítico. La fisiopatología de la AM es diferente a la de causas no oncológicas. La neovascularización provoca un aumento de la permeabilidad capilar, seguida por una obstrucción en el drenaje (oclusión peritoneal linfática "stomata"). Por otro lado, también hay un aumento de la permeabilidad de los vasos tumorales y producción forzada de líquido peritoneal [5].

**Frank Barrios Caro¹,
Hernando Viloría Sanchez²,
Gilberto Mangones Ortega³,
Karen Cabria Gonzalez¹,
Andrea Álvarez Pére¹ and
Mariana Mogollón Pérez¹**

- 1 Programa de Medicina, Corporación Universitaria Rafael Núñez, Cartagena, Colombia
- 2 Médico Internista, Servicio de Medicina interna, Hospital Regional Nuestra Señora de las Mercedes Corozal Sucre, Colombia
- 3 Médico Especialista en Cirugía General-Laparoscopia, Servicio de Cirugía, Hospital Regional Nuestra Señora de las Mercedes Corozal Sucre, Colombia

***Correspondencia:**
Frank Barrios Caro

✉ Fbarriosc10@curnvirtual.edu.co

La carcinomatosis a su vez provoca una neovascularización del peritoneo parietal y aumenta la producción de glicoproteínas, que a su vez crea un aumento en la permeabilidad vascular de los pequeños vasos sanguíneos. El VEGF altera la permeabilidad vascular y es el responsable del crecimiento vascular incontrolado de la masa tumoral. El VEGF se encuentra en concentraciones muy altas en los cánceres de origen gástrico, colorectal y ovario. También se une al receptor del VEGF que posteriormente activa la tirosina quinasa. Este mecanismo explica la eficacia de las terapias que inhiben la interacción entre VEGF y su receptor [6].

En la historia clínica de un paciente con ascitis se encontrará un aumento del perímetro abdominal manifestado por cambios en el tamaño del cinturón, ganancia de peso reciente; síntomas de reflujo esofágico, distensión, náusea, saciedad temprana; disnea y ortopnea, secundaria al desplazamiento del diafragma hacia arriba y disminución de la capacidad ventilatoria. Los síntomas dependerán de la cantidad de líquido acumulado en el abdomen [7].

Los signos que presentan estos pacientes son abombamiento de los flancos (pueden ser aparentes cuando existen de 500 a 1.000 ml de líquido en el abdomen). Signos de efusión pleural (matidez a la percusión), usualmente sobre el lado derecho, Desplazamiento

lateral y hacia arriba del ápex cardíaco de impulso máximo, Edema de las piernas, genitales y abdomen bajo. La ultrasonografía puede realizarse para detectar o excluir la presencia de líquido si el examen físico no es definitivo. A través de este método de gabinete se pueden detectar colecciones ascíticas de 100 ml [8].

En cuanto al abordaje terapéutico del paciente debe tener en cuanto el riesgo potencial, los beneficios y la esperanza de vida del paciente según su pronóstico dentro de los factores de por pronóstico encontramos edema periférico, la presencia de metástasis hepática, mientras que en cambio en paciente con cáncer de ovario se asoció a supervivencia prolongada, el abordaje de estos pacientes se divide en dos dependiendo del gradiente albumina sérica-albumina ascítica cuando es mayor o igual a 1.1 se maneja con cambios en el estilo de vida del paciente, manejo farmacológico con diuréticos tipo espironolactona o furosemida y en caso de estar indicado paracentesis y cuando es valor es menor o igual a 1.1 se debe iniciar manejo mecánico con paracentesis, catéter permanente shunt, quimioterapia dependiendo el tipo de cáncer que tenga, también se considera manejo farmacológico con diuréticos y se considera octreotido:100-600 ug 7d SC o IV [8].

Referencias

1. Campisi C, Bellini C, Eretta C, Zilli A, da Rin E, et al. (2006). Diagnosis and management of primary chylous ascites. *Journal of Vascular Surgery* 43: 1244-1248.
2. Lee J, Lim T, Uhm JE, Park KW, Park SH, et al. (2007) Prognostic model to predict survival following first-line chemotherapy in patients with metastatic gastric adenocarcinoma. *Annals of Oncology* 18: 886-891.
3. Sánchez-Lara K, Turcott J, Sosa-Sánchez R, Green-Renner D (2008) Evaluación del estado de nutrición en pacientes con cáncer. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 16: 165-171.
4. de la Filia IG, Carrasco NM, García AG, Muñoz BM (2020) Protocolo diagnóstico de la hepatopatía en el paciente oncológico. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado* 13: 225-229.
5. Gómez Candela C, Olivar Roldán J, García M, Marín M, Madero R, et al. (2010). Utilidad de un método de cribado de malnutrición en pacientes con cáncer. *Nutrición Hospitalaria* 25: 400-405.
6. Candela CG, Peña GM, de Cos Blanco AI, Rosado CI, Rabaneda RC (2004) Evaluación del estado nutricional en el paciente oncológico. *Suporte Nutricional en el Paciente Oncológico* 4: 43-56.
7. Sánchez-Lara K, Turcott J, Sosa-Sánchez R, Green-Renner D (2008) Evaluación del estado de nutrición en pacientes con cáncer. *Revista de Endocrinología y Nutrición* 16: 165-171.
8. Lancheros-Páez LL, Merchán-Chaverra RA, Martínez-Anaya LJ (2014). Tamización del riesgo nutricional en el paciente oncológico. *Revista de la Facultad de Medicina* 62: 57-64.