

122



MED.
Tesis
C.1721
2002

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN	10	00	00	00
FACULTAD DE MEDICINA				
INSTITUTO GASTROENTEROLÓGICO BOLIVIANO JAPONÉS				
Código de identificación				

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN.

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA.

INSTITUTO GASTROENTEROLOGICO BOLIVIANO JAPONES.

Indice de Graficos Pág. 2.

Resumen Pág. 3.

Introducción Pág. 4.

Objetivos Pág. 6.

Marco teórico Pág. 6.

LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA: COMO METODO

DIAGNOSTICO EN EL SÍNDROME ASCITICO. Pág. 12.

Resultados Pág. 13.

Discusión Pág. 15.

Conclusiones Pág. 16.

Recomendaciones Pág. 17.

Bibliografía Pág. 18.

Agradecimientos Pág. 19.

Elaborado por: Dr. Jorge Camacho Terrazas.

Tutor: Dr. Sergio Aparicio Yuja.

Cochabamba- febrero de 2002

#30

Gráfico nº 1 Pág. 19

INDICE:

Índice de materia Pág. 1.

Índice de Gráficos. Pág. 2.

Gráfico nº 3 Pág. 20

Resumen..... Pág. 3.

Gráfico nº 4 Pág. 20

Introducción..... Pág. 4.

Objetivos..... Pág. 6.

Marco teórico..... Pág. 6.

Gráfico nº 6 Pág. 21

Diseño metodológico..... Pág. 12.

Gráfico nº 7 Pág. 22

Resultados..... Pág. 13

Discusión..... Pág. 15

Conclusiones..... Pág. 16.

Gráfico nº 9 Pág. 23

Recomendaciones..... Pág. 17.

Bibliografía. Pág. 18.

Anexos..... Pág. 19.

Gráfico n° 1Pág. 19

Gráfico n° 2Pág. 19

Gráfico n° 3Pág. 20

Gráfico n° 4Pág. 20

Gráfico n° 5Pág. 21

Gráfico n° 6Pág. 21

Gráfico n° 7Pág. 22

Gráfico n° 8Pág. 22

Gráfico n° 9Pág. 23

La citología del líquido ascítico reporto PAP I en 4,35% de los pacientes, PAP II en el 60,9 %, PAP III en el 8,7%, PAP IV en 4,35% , PAP V en 13% de los pacientes y en dos pacientes (8,7%) no se realizó citología desconociéndose el motivo.

RESUMEN.-

El presente trabajo es un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo realizado en el Instituto Gastroenterológico Boliviano Japonés de Cochabamba cuyo universo de estudio son todos aquellos pacientes en los que se diagnosticó ascítis y fueron sometidos a laparoscopia diagnóstica ante la dificultad en determinar la etiología de la ascítis.

Del total de laparoscopias diagnósticas realizadas en este centro en el periodo comprendido entre 01 de Enero de 1996 y 31 de Diciembre del 2000 cumplieron el criterio de inclusión 29 pacientes, revisándose las historias clínicas de 23 obteniendo datos en una ficha previamente confeccionada.

Los resultados obtenidos nos muestran una mayor incidencia en el sexo femenino (74%) y 26% en el sexo masculino. Con respecto a la edad se observó que la mayoría son de edad avanzada (adultos mayores o ancianos)

El diagnóstico preoperatorio en el 100% de los pacientes fue: ascítis en estudio. Se tomaron biopsias intraoperatorias en casi todos los pacientes a excepción de uno en el cual el diagnóstico macroscópico era evidente.

En relación al diagnóstico post operatorio se reportó carcinomatosis peritoneal en el 6 de los pacientes, tuberculosis peritoneal en 11 de los cuales seis presentan otro diagnóstico etiológico probable: tres TBC vs carcinomatosis, otros tres pacientes TBC vs cirrosis; la cirrosis hepática se reportó en 2 pacientes, ascítis de etiología no definida en 2 pacientes, linfoma en 1 paciente y tuberculosis ganglionar en 1 paciente.

La citología del líquido ascítico reportó PAP I en 4,35% de los pacientes, PAP II en el 60.9%, PAP III en el 8.7%, PAP IV en 4.35%, PAP V en 13% de los pacientes y en dos pacientes (8.7%) no se realizó citología desconociéndose el motivo.

En el 39.1% de los pacientes se diagnosticó carcinomatosis peritoneal, en el 30.4% tuberculosis peritoneal; en el 21.7% cirrosis hepática, en el 8.7% linfoma, en el 3.85% mesotelioma, y en el 8.7% no se precisó la etiología de la ascítis. Se debe aclarar que muchos de los pacientes tuvieron 2 diagnósticos histopatológicos o algunos de los diagnósticos macroscópicos tuvieron otro diagnóstico histopatológico.

En conclusión se puede decir que las patologías más frecuentes encontradas fueron la carcinomatosis peritoneal, TBC peritoneal y cirrosis hepática.

La laparoscopia es un método diagnóstico muy importante por el elevado porcentaje de diagnósticos etiológicos que brinda y mayor aun si se la acompaña de biopsias, por lo que siempre se debe realizar la biopsia.

La citología no es un método complementario de diagnóstico muy útil por los falsos negativos y positivos que brinda.

INTRODUCCIÓN.-

El síndrome ascítico es una causa relativamente frecuente de consulta, debiendo pensar siempre que estemos ante un paciente con ascítis los múltiples procesos patológicos en los que se la puede encontrar.

En nuestro medio debido a las condiciones culturales y socioeconómicas muy bajas en las que se encuentran un porcentaje elevado de la población boliviana es que un grupo muy grande de esta gente consume en forma crónica bebidas alcohólicas de todas las variedades, presentando a la larga enfermedades hepáticas inducidas por el alcohol, en especial la cirrosis hepática, siendo un motivo de consulta muy frecuente en estos pacientes la ascítis. Y es por esta gran cantidad de pacientes con ascítis que tiene su

etiología en la cirrosis hepática alcohólica, que muchas veces obviamos otras posibles etiologías atribuyéndose simplemente a la patología hepática, sabiendo y encontrándose en la literatura mundial que en muchos casos se puede dar la asociación de dos o mas enfermedades capaces de producir ascítis y es por esto que en muchos casos los tratamientos o el manejo de estos pacientes no es satisfactorio, repercutiendo en una mala evolución clínica del paciente. Es por este motivo que siempre se debe confirmar la etiología de la ascítis no solo con los antecedentes o la clínica sino también con estudios que den el diagnóstico definitivo, como el que lo da la histopatología de biopsias obtenidas del probable factor desencadenante de la ascítis (hígado, peritoneo, etc).

Es en este sentido que la laparoscopia desde su aparición a colaborado en forma muy significativa en el diagnóstico definitivo de muchas patologías por la gran ventaja que presta en la toma de biopsias dirigidas en relación con las que son tomadas a ciegas.

El termino ascítis denota la acumulación patológica de líquido en la cavidad peritoneal. Los varones sanos tienen una cantidad reducida de líquido intraperitoneal, o, especialmente en aquellos procesos patológicos en los cuales no se tiene un diagnóstico ninguno, pero las mujeres tienen normalmente hasta 20 ml, dependiendo de la fase del ciclo menstrual. Las causas de la ascítis se pueden clasificar en dos categorías compleja y que en algunas ocasiones provocaban complicaciones post operatorias en fisiopatológicas amplias: las que se relacionan con un peritoneo normal y las que se debe muchos de los pacientes críticos sometidos a esta intervención.

Por todo lo descrito anteriormente es que nace la inquietud de realizar el presente trabajo y observar la experiencia que se tiene en la laparoscopia diagnóstica en pacientes con ascítis de etiología no determinada.

Se puede decir que la causa mas común de la ascítis es la Hipertensión Portal (H.T.P.) secundaria a enfermedades crónicas del hígado, que representan mas de 80% de los pacientes con ascítis, mientras en aquella ascítis con peritoneo comprometido las causas mas frecuentes son las infecciosas (tuberculosis) y el cáncer intrabdominal.

Las causas de ascítis se describen a continuación: