

SÍNDROME DE FLOOD, UNA RARA COMPLICACIÓN EN EL PACIENTE CIRRÓTICO CON ASCITIS

Syndrome of Flood, a rare complication in cirrhotic patients with ascites

Fernández García R, Lecuona Muñoz M, Lancho Muñoz A, Redondo Cerezo E, López Garrido MÁ

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

Resumen

El síndrome de Flood es una patología infrecuente, sin prevalencia claramente descrita, que se produce por complicación de una hernia umbilical en pacientes cirróticos con ascitis. Consiste en la ruptura del saco herniario hacia la piel y la salida de líquido ascítico a través del mismo. Habitualmente se relaciona con el grado de hepatopatía, siendo más frecuente en aquellos pacientes con ascitis refractaria y hepatopatía avanzada. Su importancia radica en su elevada mortalidad, cercana al 50%, el riesgo de complicaciones, como la peritonitis bacteriana secundaria, y a la ausencia de un algoritmo de manejo establecido. Presentamos el caso de un paciente cirrótico con ascitis refractaria y hernia umbilical, con salida espontánea de líquido ascítico a través de la misma. Pese a la buena respuesta inicial

al tratamiento conservador y a la reducción de la presión intraabdominal, se produjo un deterioro progresivo del estado del paciente, con fallecimiento del mismo, que expone la gravedad de este cuadro.

Palabras clave: Síndrome Flood, Hipertensión portal, Hernia umbilical.

Abstract

Flood syndrome is a rare pathology, with no clearly described prevalence, that occurs as a complication of umbilical hernia in cirrhotic patients with ascites. It consists of the rupture of the hernial sac into the skin and the outflow of ascitic fluid through it. It is usually related to the degree of liver disease, being more frequent in patients with refractory ascites and advanced liver disease. Its importance lies in its high mortality, close to 50%, the risk of complications, such as secondary bacterial peritonitis, and the absence of an established management algorithm. We present the case



Raúl Fernández García
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.
fernandezhuvn@gmail.com

of a cirrhotic patient with refractory ascites and umbilical hernia, with spontaneous outflow of ascitic fluid through the umbilical hernia. Despite the initial good response to conservative treatment and reduction of intra-abdominal pressure, the patient's condition progressively deteriorated and he died, which shows the seriousness of this condition.

Keywords: Flood syndrome, portal hypertension, umbilical hernia.

Introducción

La hernia umbilical, en pacientes cirróticos con hipertensión portal, es una condición que puede tener una prevalencia de hasta el 20%. Una rara complicación, pero potencialmente grave, de esta condición es el síndrome de Flood o de rotura espontánea de la hernia. Habitualmente se produce en pacientes con ascitis refractaria y antecedentes de paracentesis evacuadoras de repetición. En estos, se combina una presión intraabdominal alta y mantenida, con una debilidad de la pared abdominal que facilita la rotura de la hernia y la salida de líquido ascítico¹. Frecuentemente, esta salida espontánea de líquido, suele ser por la ulceración de la piel del saco herniario. Su tratamiento inicial es conservador, en la mayoría de casos, se persigue disminuir la presión intraabdominal mediante el drenaje de la ascitis y aplicar curas locales de la hernia. La intervención quirúrgica se reserva para pacientes seleccionados, dado el alto riesgo quirúrgico de los mismos.

Caso clínico

Se presenta el caso de un paciente de 55 años, con cirrosis hepática por virus de la hepatitis B y C, y enolismo (Child-Pugh B8 y MELD-Na 17). Con antecedentes de varices esofágicas, ascitis refractaria y dos episodios de peritonitis bacteriana espontánea (PBE). Así mismo, presentaba una hernia umbilical sin criterios quirúrgicos.

El paciente acudió a Urgencias por aumento progresivo del perímetro abdominal, desorientación y salida de líquido ascítico sanguinolento a través de la hernia umbilical. A la exploración presentaba ascitis a tensión,

semiología de encefalopatía hepática (grado II-III de West-Haven) y ulceración con orificio central en la pared de la hernia umbilical por donde drenaba líquido ascítico.

Se decidió el ingreso del paciente y se aplicó tratamiento conservador, mediante albúmina intravenosa a dosis de 1 mg/kg/día, cristaloides y retirada de diuréticos por empeoramiento de la función renal. Asimismo, se iniciaron medidas para la encefalopatía hepática mediante la retirada de diuréticos ya descrita, enemas de lactulosa e hidratación adecuada. Se practicó una paracentesis evacuadora, con extracción de 19 litros de líquido ascítico. El análisis del mismo constató PBE, por E. coli, por lo que se instauró tratamiento antibiótico dirigido. Además, se objetivó celulitis alrededor de la zona herniaria, correctamente tratada con dicha antibioterapia. Se solicitó valoración por Cirugía General, que propuso tratamiento conservador con curas locales y sutura del orificio de la hernia. Tras aplicar vendaje compresivo, puntos de sutura y reducir la presión intraabdominal por la paracentesis evacuadora, la salida de líquido ascítico a través del orificio herniario cedió inicialmente.

El cuadro de encefalopatía respondió a las medidas instauradas, hasta constatarse un grado I en los primeros días de ingreso. Posteriormente, se reintrodujeron diuréticos, alcanzando buen ritmo de diuresis.

Tras esta mejoría inicial, el paciente presentó nuevo episodio de salida de líquido ascítico por la hernia umbilical, con deterioro de la función renal y del estado general. De nuevo se suspendió tratamiento diurético y se administró albúmina a dosis de 1 mg/kg, sin respuesta y empeoramiento progresivo, con edematización e insuficiencia respiratoria, que finalmente condujeron al fallecimiento del paciente.

Discusión

El síndrome de Flood, fue descrito por primera vez en 1961, es una complicación infrecuente, que aparece en pacientes cirróticos con ascitis refractaria, con una mortalidad descrita de hasta el 50%. Dicha mortalidad se encuentra explicada, tanto por el hecho de producirse en pacientes con cirrosis avanzada, como por las posibles complicaciones del propio síndrome². Dado lo infrecuente de su aparición no hay un tratamiento estandarizado. El tratamiento habitual consiste en



Figura 1

En la imagen podemos ver un corte transversal de un TC de abdomen y pelvis realizado al paciente en el que se observa ascitis y se objetiva la presencia de la hernia umbilical.

un abordaje conservador, con monitorización y estabilización del paciente. El objetivo prioritario es la reducción de la presión intraabdominal, inicialmente mediante dieta hiposódica y tratamiento diurético optimizado en aquellos pacientes que no sean refractarios al mismo. Reservando la paracentesis evacuadora para casos de ascitis refractaria o a tensión³.

Otra de las opciones de manejo de la ascitis refractaria es el empleo de TIPS que debido a la creación de un shunt porto-sistémica permitirá disminuir la presión portal y reducir el volumen de ascitis. Sin embargo, no está clara su indicación en aquellos pacientes con un deterioro grave de la función hepática (Child>11) o episodios de encefalopatía hepática de repetición⁴.

Por otra parte, es de vital importancia la cobertura antibiótica, dado el riesgo de peritonitis bacteriana secundaria y complicaciones infecciosas de la piel subyacente a la hernia. Desde el punto de vista quirúrgico, las medidas habituales son curas locales y cierre por segunda intención que puede estar acompañado de puntos de aproximación⁵.

Asimismo, el tratamiento para evitar o prevenir la aparición del síndrome de Flood, además del control de la ascitis, lo cual es fundamental, estaría constituido por la cirugía reparadora de la hernia umbilical. Históricamente, la cirugía electiva de dichas hernias en pacientes cirróticos se ha considerado una intervención de alto riesgo quirúrgico, por lo que se evitaba. Sin embargo, estudios recientes han

encontrado una mortalidad postquirúrgica muy similar a los pacientes no cirróticos en aquellos pacientes con cirrosis que son intervenidos de forma programada para la reparación de la hernia umbilical⁶. Si bien en algunos de estos estudios se han encontrado diferencias estadísticamente significativas para el número de complicaciones postcirugía, estas se han relacionado con el estadio de la cirrosis. Encontrando peores resultados para aquellos pacientes con un estadio de Child C, que si bien no es en sí mismo una contraindicación para la realización de cirugía, si debe de considerarse con especial atención lo adecuado de la intervención en estos pacientes. En este sentido, el estudio de Guo, C et al.⁷ indica que podríamos considerarla a pesar de la disfunción hepática avanzada en aquellos candidatos a trasplante, en los que se espere un tiempo hasta el mismo superior a 3 meses. Aunque en este caso dado lo avanzado de la hepatopatía y el estado del paciente y a la ausencia de datos de complicación de la hernia, no se consideró el tratamiento quirúrgico de la misma.

En conclusión, cabe destacar que el síndrome de Flood es una complicación infrecuente, pero de alta mortalidad, del paciente cirrótico con ascitis y hernia umbilical a consecuencia de la misma. Por ello es fundamental el manejo óptimo de la ascitis para evitar elevaciones importantes de la presión intraabdominal y la vigilancia de la hernia umbilical para evitar complicaciones de la misma, especialmente en los estadios iniciales de la hepatopatía.

El tratamiento de este raro síndrome es inicialmente conservador, con estabilización de la descompensación edemo-ascítica, reducción de la presión intrabdominal, cobertura antibiótica y curas locales. En casos de ausencia de respuesta, se podría plantear tratamiento quirúrgico, aunque este presenta una tasa de mortalidad de en torno al 70%, por ello en estos pacientes se intenta el abordaje conservador como primera opción⁸.

Bibliografía

1. Lee JL, Jiang, J. Flood Syndrome. *Gastroenterology Research* 2022; 15:217-224.
2. Long WD, Hayden GE. Images in emergency medicine. Man with rushing fluid from his umbilicus. Flood syndrome. *Ann Emerg Med* 2013; 62:431-439.

3. Strainiene S, Peciulyte M, Strainys T, Stundiene I, Savlan I, Liakina V, et al. Management of Flood syndrome: What can we do better?. *World J Gastroenterol* 2021; 27:5297-5305

4. Vizzutti F, Schepis F, Arena U, Fanelli F, Gitto S, Aspate S, et al. Transjugular intrahepatic portosystemic shunt (TIPS): current indications and strategies to improve the outcomes. *Intern Emerg Med* 2020; 15:37-48.

5. Nguyen ET, Tuftud-Hans LA. Flood Syndrome: Spontaneous Umbilical Hernia Rupture Leaking Ascitic Fluid-A Case Report. *Perm J* 2017; 21:16-152.

6. Hew S, Yu W, Robson S, Starkey G, Testro A, Fink M, Angus P, et al. Safety and effectiveness of umbilical hernia repair in patients with cirrhosis. *Hernia* 2018; 22:759.

7. Guo C, Liu Q, Wang Y, Li J. Umbilical Hernia Repair in Cirrhotic Patients With Ascites: A Systemic Review of Literature. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2020; 31:356-362.

8. Liu GF, Srinivasan A, Mutnuri S, Yerramadha MR, Agraharkar M. Acute Abdomen From Umbilical Hernia Rupture to Flood Syndrome: A Case Report and Review of Literature. *J Med Cases* 2019; 10:309-311.