

# ASCITIS URINARIA EN UN PACIENTE CIRRÓTICO SOMETIDO A RESECCIÓN TRANSURETRAL

*Urinary ascites after transurethral resection in a cirrhotic patient*

Fernández García R, Lecuona Muñoz M, Abellán Alfocea P, Redondo Cerezo E, López González E

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

## Resumen

La ascitis urinaria es una rara entidad secundaria, habitualmente, a una perforación vesical iatrogénica o traumática. Dado lo infrecuente de la entidad, es un diagnóstico para el que se debe tener una alta sospecha clínica y ante la presentación de un paciente con ascitis es habitual atribuir ésta a otras causas. Especialmente en pacientes cirróticos, donde lo más frecuente es que dicha ascitis sea secundaria a la hipertensión portal, aunque no siempre será la causa de esta. Por ello, es importante realizar siempre un adecuado diagnóstico diferencial, valorando los antecedentes del paciente, las características del líquido ascítico y la respuesta al tratamiento. Se presenta el caso de un paciente con cirrosis, con antecedente de una resección transuretral (RTU) de un tumor vesical, que inicialmente fue clasificado de descompensación edemo-ascítica y tras completar el proceso diagnóstico de la misma, se atribuyó a una ascitis urinaria.

**Palabras clave:** uroperitoneo, ascitis, cirrosis hepática.

## Abstract

Urinary ascites is a rare entity, usually secondary to iatrogenic or traumatic bladder perforation. Given the infrequency of the entity, it is a diagnosis for which high

clinical suspicion is required, and when a patient presents with ascites, it is common to attribute it to other causes. Especially in cirrhotic patients, where ascites is most often secondary to portal hypertension, although this is not always the cause. It is therefore important to always make an appropriate differential diagnosis, assessing the patient's history, the characteristics of the ascitic fluid and the response to treatment. We present the case of a patient with cirrhosis, with a history of transurethral resection (TUR) of a bladder tumour, which was initially classified as oedema-ascites decompensation and after completing the diagnostic process was attributed to urinary ascites.

**Keywords:** uroperitoneum, ascites, cirrhosis.

## Introducción

La ascitis constituye una situación clínica de especial frecuencia y relevancia en la patología digestiva, estando relacionada habitualmente, en nuestro medio, con la cirrosis o los tumores digestivos. Sin embargo, ante cualquier paciente que debuta con ascitis debemos realizar un adecuado proceso diagnóstico, evaluando y descartando las distintas causas de esta. Dentro de las causas de ascitis, una extremadamente

## CASO CLÍNICO

infrecuente pero que podemos observar en pacientes que han sido sometidos a una intervención quirúrgica vesical o laparoscópica, es la ascitis de origen urinario por perforación de la cúpula vesical, que constituye la porción peritoneal de la vejiga urinaria. Para el diagnóstico nos apoyaremos en el análisis del líquido ascítico, el antecedente quirúrgico y la tomografía computerizada (TC). El tratamiento se basará en el sondaje vesical y el manejo de la perforación, que habitualmente se realizará de forma conservadora.

### Caso clínico

Se presenta a un paciente de 92 años, con antecedente de cirrosis Child A5, sometido a una resección transuretral vesical como tratamiento de una neoplasia vesical. Acude por un cuadro de distensión abdominal progresiva, sin asociar edematización periférica, evidenciándose ascitis grado 2 y oliguria. Se realiza ecografía abdominal que objetiva una ecoestructura hepática heterogénea y bordes romos e irregulares compatibles con una hepatopatía crónica y ascitis en moderada cuantía. Análiticamente destacaba una creatinina de 6 mg/dl, y PCR de 136, marcadores hepáticos y parámetros de coagulación normales. Se realizó una paracentesis diagnóstica donde destacan leucocitos 2450 con 65% de PMN, una creatinina en líquido ascítico de 2,4 mg/dl, urea 89 mg/dl y albúmina 1,6 g/dL. Con un gradiente sero-ascítico de albúmina de 1,5. Llegando al diagnóstico de primera descompensación edemo-ascítica y peritonitis bacteriana espontánea (PBE). Para lo cual, se inició tratamiento con albúmina en dosis de 1,5 g/kg el primer día y 1 g/kg al tercer día, junto con cobertura antibiótica mediante cefalosporinas de 3ª generación. Dado el fracaso renal agudo no se iniciaron diuréticos.

Sin embargo, tras indicar sondaje vesical para cuantificación de diuresis, se produjo una disminución evidente de la ascitis y una mejoría de la función renal de forma rápida hasta llegar a cifras normales. Tras ello, y dado el antecedente de RTU se contacta con urología y se solicita un Uro-TC. En dicha prueba se objetiva una perforación en cúpula vesical y paso de contraste a nivel intraperitoneal, filiándose el cuadro como ascitis urinaria secundaria a dicha perforación. Dado que el paciente se encontraba estable y se apreciaba una resolución progresiva de la ascitis mediante el sondaje vesical, se optó por tratamiento conservador de la perforación. Tras mantener el sondaje vesical y la cobertura antibiótica durante 3 semanas, y ante la franca mejoría del paciente, se realizó un nuevo Uro-TC de control, en el que se confirmó un cierre de la perforación, tras lo cual el paciente fue dado de alta.



**Figura 1.** En esta imagen se puede observar un corte de la TC de abdomen axial, sin contraste, objetivando líquido libre correspondiente a ascitis.



**Figura 2.** TC abdomen y pelvis, con contraste en fase excretora, donde se aprecia fuga del contraste secundario a perforación vesical.

### Discusión

La ascitis consiste en la presencia de líquido seroso en la cavidad peritoneal, sus causas son variadas, siendo una de las más frecuentes la hipertensión portal, habitualmente ligada a cirrosis hepática (hasta el 75% de las causas de la ascitis). Existen asimismo otras causas frecuentes como las que se relacionan con una disminución de la presión oncótica plasmática, como la insuficiencia cardíaca o el síndrome nefrótico<sup>1</sup>. Existen otras causas como la tuberculosis, las secundarias a carcinomatosis peritoneal o las pancreáticas. Asimismo, pueden existir un grupo numerosos de causas infrecuentes entre las que se encuentra la ascitis urinaria.

La ascitis urinaria es un raro diagnóstico que se caracteriza por la presencia de ascitis atribuible a perforación vesical, habitualmente tras un procedimiento terapéutico sobre la vejiga urinaria<sup>2</sup>. En el análisis del líquido ascítico se suele encontrar una elevación de la urea y la creatinina. Asimismo, en sangre suele encontrarse una elevación aún mayor de creatinina, y un recorte de la diuresis debido al paso de la orina al espacio peritoneal. La mayor elevación de creatinina plasmática se explica porque el peritoneo permite el paso de la creatinina desde la cavidad abdominal al plasma<sup>3</sup>. Un dato muy característico es la disminución de las cifras de creatinina plasmática y la resolución de la ascitis tras el sondaje vesical. En su evaluación diagnóstica es clave el antecedente de un procedimiento invasivo sobre la vejiga urinaria y el TC con contraste en fase tardía que permite objetivar la existencia de la perforación vesical. El tratamiento consiste en disminuir el paso de orina a la cavidad peritoneal mediante el sondaje vesical y el cierre del defecto que en función de sus características y el estado clínico del paciente se manejara de forma conservadora o mediante una intervención quirúrgica.

En nuestro caso, pese a que inicialmente se diagnosticó de descompensación edemo-ascítica, el estadio no avanzado de la cirrosis, la ausencia de hiponatremia o plaquetopenia, las características del líquido y la disminución de la ascitis tras el sondaje nos hicieron sospechar un diagnóstico alternativo, que se confirmó tras la realización del Uro-TC. La particularidad de este caso probablemente se encuentra en que se trata de un paciente con cirrosis hepática, que al ser la causa más frecuente de ascitis, no hace, de entrada, orientar el diagnóstico diferencial hacia el antecedente de una intervención vesical reciente.

En definitiva, la ascitis requiere un abordaje diagnóstico integral para llegar a la causa etiológica de la misma. No debemos olvidar que incluso en pacientes cirróticos que se presentan con ascitis debemos estar siempre atentos a las características y antecedentes del paciente, así como al análisis del líquido ascítico y las pruebas de imagen, para realizar un adecuado diagnóstico diferencial.

## Bibliografía

1. Oey RC, van Buuren HR, de Man RA. *The diagnostic work-up in patients with ascites: current guidelines and future prospects.* *Neth J Med.* 2016;74:330-335.
2. Wiwanitkit V. *Laparoscopic bladder injury and ascites.* *J Minim Access Surg* 2011;7:162.
3. White V, Hardwick RH, Rees JR, Slack M. *Massive urinary ascites after removal of a supra-pubic catheter: Case report and review of the literature.* *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007;18:831-3.