

Servicio Aparato Digestivo.
Hospital de «Bellvitge».
L'Hospitalet (Barcelona).

Tratamiento paliativo de la ascitis carcinomatosa con shunt peritoneovenoso

Castellví Suaña, J. M.; Baliellas Comellas, C.; Fabregat Prous, J.*; Torras Torra, J.*; Guardiola Capón, J. y Sánchez Gili, M.

SUMMARY

Carcinomatous ascites (CA) is not an uncommon manifestation of a metastatic neoplasia. The aim of this study was to evaluate the utility of peritoneovenous shunt (PVS) in patients with CA refractory to conventional management. Twelve patients in whom a PVS was placed with palliative intention were studied. One patient died in the postoperative period. Permanent control of the ascites was achieved in 7 (63,6%) of the remaining patients. PVS obstruction occurred in 4 patients (36,4%) and no other complications related to the shunt were seen. Results were better in CA of gynecological origin but without reaching significant statistical differences. We conclude that PVS can be useful for palliation of CA with a low complication rate.

KEY WORDS: Ascites, neoplasia, peritoneovenous shunt.

Castellví Suaña, J. M.; Baliellas Comellas, C.; Fabregat Prous, J.; Torras Torra, J.; Guardiola Capón, J. y Sánchez Gili, M. Peritoneovenous shunt for palliation of carcinomatous ascites. Rev Esp Enf Digest, 1991. 82, 331-333.

RESUMEN

La ascitis carcinomatosa (AC), suele ser manifestación de una neoplasia con metástasis. El objetivo de este estudio ha sido evaluar la utilidad del shunt peritoneovenoso (SPV), en pacientes con AC refractaria al tratamiento convencional. Se estudiaron 12 pacientes a los que les fue insertado un SPV como medida paliativa de su ascitis. Un paciente falleció en el postoperatorio inmediato. Se consiguió control permanente de la ascitis en 7 (63,6%) de los restantes pacientes. La única complicación observada en relación al shunt fue la obstrucción que se objetivó en 4 pacientes (36,4%). Aunque los resultados fueron mejores en la AC de origen ginecológico, las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Concluimos que el SPV puede ser una medida paliativa útil en el control de la AC con escasas complicaciones.

PALABRAS CLAVE: Ascitis, neoplasia, shunt peritoneovenoso.

INTRODUCCION

El shunt peritoneovenoso (SPV), se ha utilizado fundamen-

talmente en el tratamiento de la ascitis refractaria del paciente cirrótico (1, 2). En la ascitis carcinomatosa (AC), sus indicaciones no están bien establecidas y su utilidad es incierta (3-5).

Presentamos los resultados obtenidos en una serie de doce pacientes con AC tratados mediante SPV.

PACIENTES Y METODOS

Hemos estudiado retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes a los que se les implantó un SPV entre marzo de 1984 y abril de 1991. Se colocaron un total de 13 SPV en 12 pacientes con AC. Todos tenían documentación histológica de carcinomatosis peritoneal y precisaban paracentesis evacuadoras por ascitis que no había respondido al tratamiento (diuréticos y/o quimioterapia y/o radioterapia, según el tipo de neoplasia). Diez pacientes eran mujeres (83,3%) y 2 hombres (16,6%), con edades comprendidas entre 38 y 77 años (media 56,7 años) (tabla I). El origen de la neoplasia fue en 5 casos ovario, en 2 mama, en 2 estómago, en 1 endometrio, 1 era un mesotelioma y en 1 caso adenocarcinoma de origen desconocido.

El SPV se colocó bajo anestesia local y cobertura antibiótica usando la técnica quirúrgica descrita por LeVeen (6). En todos los pacientes se colocó inicialmente un SPV de LeVeen siendo sustituido en un caso por un SPV de Denver por obstrucción del primero.

Hemos considerado mortalidad postoperatoria la que ocurrió en los primeros 30 días tras la colocación del SPV. Se ha considerado control permanente de la ascitis cuando ésta desapareció durante el resto de la vida del paciente. El análisis estadístico se ha realizado mediante la prueba no paramétrica «U» de Mann-Whitney. Se han expresado los resultados como media \pm desviación estándar, considerando estadísticamente significativa una $p < 0,05$.

RESULTADOS

Todos los pacientes fallecieron a causa de su enfermedad fundamental y en ningún caso se pudo implicar al SPV como desencadenante del éxito. Sólo existió una muerte postope-

* Servicio Cirugía General.

Paciente	Sexo	Edad	Neoplasia	T. control (semanas)	Superv. (semanas)	Incidencias
1	F	62	mesotelioma	4	4	
2	F	51	ovario	16	22	obstr SPV
3	F	72	desconocida	28	28	
4	F	38	mama	44	44	
5	F	60	ovario	16	16	
6	M	43	estómago	—	1,5	éxito post
7	F	77	ovario	14	14	
8	F	50	endometrio	11	11	
9	F	50	mama	7	7	
10	F	59	ovario	1,5	11	obstr SPV
11	F	67	ovario	16	32	obstr SPV
12	M	52	estómago	4	18	obstr SPV

M = masculino. F = femenino. T = tiempo. post = postoperatorio. obstr = obstrucción.

ratoria que ocurrió a los 10 días de la colocación y estuvo en relación al deterioro del estado general del paciente y niveles altos de opiáceos en sangre. La supervivencia media fue de $17,4 \pm 12,3$ semanas, siendo de $19,6 \pm 12,5$ semanas, para las neoplasias de origen ginecológico y de $7,8 \pm 8,8$ semanas para las de otro origen (NS). Siete de los 11 pacientes (63,6%), que sobrevivieron al postoperatorio murieron sin ascitis con una supervivencia media de 17,7 semanas (4-44 semanas). Los cuatro restantes (36,4%) lograron remisiones temporales de la ascitis que oscilaban entre 10 días y 16 semanas. El tiempo medio de buen control fue de $14,6 \pm 12,3$ semanas, siendo de $15,6 \pm 12,5$ y de 4 ± 0 semanas para las neoplasias de origen ginecológico y para las de otro origen respectivamente (NS).

De los 11 pacientes que fueron dados de alta hospitalaria, 5 (45,4%) requirieron tratamiento diurético después de la colocación del SPV para un mejor control de la ascitis. No se observaron complicaciones durante el seguimiento relacionadas directamente con la colocación del SPV, a excepción de la obstrucción del mismo. Sólo se comprobó la permeabilidad del SPV en los 4 pacientes que desarrollaron ascitis durante el seguimiento y en todos ellos se demostró obstrucción del mismo (tabla II). En tres de ellos la obstrucción se localizó en el extremo abdominal (ocurrió a las 4, 16 y 20 semanas de la colocación) y en uno en el extremo vascular por trombosis de la vena cava superior (a los 10 días de la colocación). Este último fue tratado mediante la inyección local de 50.000 unidades de uroquinasa sin respuesta. De los obstruidos a nivel peritoneal, dos no se sustituyeron dado el deterioro general de los pacientes y el otro fue sustituido por un shunt de Denver que también se obstruyó al mismo nivel a las tres semanas. En relación con la neoplasia primaria, la obstrucción se produjo en tres neoplasias de ovario y en una de estómago.

DISCUSION

El desarrollo de ascitis como manifestación de una carcinomatosis extensa no es infrecuente y puede ser la forma de

Paciente	T. colocación (semanas)	Nivel	Tratamiento	Respuesta
2	16	abdominal	no	
10	1,5	vascular	uroquinasa	no
11	16	abdominal	no	
12	4	abdominal	recambio SPV	obstr 3 s

T = tiempo. obstr = obstrucción SPV. s = semanas.

presentación de una neoplasia con metástasis. En muchos casos, no responde a tratamientos oncológicos (quimioterapia o radioterapia) o si lo hace, es sólo de forma transitoria. Por ello se han buscado tratamientos paliativos que mejoren la calidad de vida del paciente.

El tratamiento diurético raramente es efectivo, dado que la causa de la ascitis es la exudación del peritoneo (3). La mayoría de los pacientes son sometidos a paracentesis evacuadoras que, aunque efectivas, obligan al paciente a visitar periódicamente el hospital.

La colocación de un SPV es una alternativa válida a las paracentesis repetidas. Se ha mostrado efectivo en algunas series, aunque no exento de complicaciones (1, 3, 5, 7-9). La coagulación intravascular diseminada clínica, la insuficiencia cardíaca, la infección, la diseminación maligna sintomática a distancia, la oclusión intestinal y el síndrome de la vena cava superior son complicaciones posibles pero poco frecuentes. La colocación del SPV con ascitis mínima, el uso de profilaxis antibiótica y la utilización de una técnica quirúrgica correcta son medidas útiles para evitar estos problemas. Aunque la diseminación a distancia es un hallazgo frecuente en las necropsias, sólo raramente tiene trascendencia clínica (8). Posiblemente ello sea debido a que se trata de pacientes con neoplasias metastatizadas y, por tanto, supervivencia relativamente corta en los que el SPV sólo se utiliza como medida paliativa para mejorar su calidad de vida.

La complicación más frecuente y que, casi siempre, comporta el fracaso del tratamiento, es la obstrucción del SPV. En nuestra serie fue la única complicación a corto o a largo plazo observada. Se objetivó en los 4 pacientes (36,4%), que desarrollaron ascitis durante el seguimiento. En tres de ellos la obstrucción se produjo a nivel peritoneal y en uno en el extremo vascular. En la literatura ya se refleja una mayor proporción de obstrucciones a nivel peritoneal, a diferencia de lo que ocurre en los pacientes cirróticos (3, 10). Ello probablemente es debido al mayor contenido en proteínas y células de la AC que obstruye el mecanismo valvular. Algunos autores recomiendan el SPV de Denver, para la carcinomatosis peritoneal, ya que posee una válvula accionable manualmente (3, 5, 8, 11). En nuestra serie se utilizó siempre el SPV de LeVeen y sólo en un caso de obstrucción se sustituyó por un SPV de Denver que a su vez también se obstruyó.

La obstrucción a nivel vascular puede ser secundaria a una colocación defectuosa del SPV y puede ser el origen de microtromboembolismos pulmonares que normalmente carecen de repercusión clínica (8). Este tipo de obstrucción ocurrió

sólo en una paciente y en la comprobación radiológica se observó trombosis de la vena cava superior que no provocó síntomas pero impidió la sustitución del SPV. En estos casos se han conseguido repermeabilizaciones con agentes fibrinolíticos si la trombosis tiene menos de tres semanas de evolución (12). En nuestra paciente se objetivó la trombosis a los diez días de la colocación y se intentó la repermeabilización con uroquinasa sin conseguirlo.

La supervivencia del paciente viene condicionada fundamentalmente por la historia natural de la neoplasia. Las neoplasias de origen ginecológico tienen una supervivencia más prolongada y una tasa de obstrucción más baja que las neoplasias de origen digestivo (2, 5). Nosotros evidenciamos una supervivencia y un tiempo de buen control superior en las neoplasias de origen ginecológico (media $19,6 \pm 12,5$ y $15,6 \pm 12,5$ semanas respectivamente), a las de otros orígenes (medida $7,8 \pm 8,8$ y 4 ± 0 semanas), aunque estas diferencias no alcanzaron significación estadística.

En conclusión, creemos que el SPV puede ser una buena media paliativa para la AC, con una morbimortalidad bajas. En nuestra serie no existieron muertes relacionadas directamente con la colocación del SPV y la única complicación observada durante el seguimiento fue la obstrucción del mismo. Se consiguió control permanente de la ascitis en el 63,6% de los pacientes con tendencia a obtener mejores resultados en las neoplasias de origen ginecológico.

Correspondencia:

Josep M. Castellví Suaña
Servicio de Aparato Digestivo
Hospital de Bellvitge
Feixa Llarga, s/n
08907 L'Hospitalet (Barcelona)

BIBLIOGRAFIA

1. Holm A, Halpern NB y Aldrete JS. Peritoneovenous shunt for intractable ascites of hepatic, nephrogenic and malignant causes. *Am J Surg* 1989; 158: 162-166.
2. Epstein M. Peritoneovenous shunt in the management of ascites and the hepatorenal syndrome. *Gastroenterology* 1982; 82: 790-799.
3. Oosterlee J. Peritoneovenous shunting for ascites in cancer patients. *Br J Surg* 1980; 67: 663-666.
4. Qazi R y Savlov ED. Peritoneovenous shunt for palliation of malignant ascites. *Cancer* 1982; 49: 600-602.
5. Edney JA, Hill A y Armstrong D. Peritoneovenous shunts palliate malignant ascites. *Am J Surg* 1989; 158: 598-601.
6. Le Veen HH, Christaudias G, Moon IP, Luft R, Falk G y Grossberg S. Peritoneovenous shunting for ascites. *Ann Surg* 1974; 180: 580-591.
7. Rubinstein D, McInnes I y Dudley F. Morbidity and mortality after peritoneovenous shunt surgery for refractory ascites. *Gut* 1985; 26: 1070-1073.
8. Souter RG, Wells C, Tarin D y Kettlewell MGW. Surgical and pathologic complications associated with peritoneovenous shunts in management of malignant ascites. *Cancer* 1985; 55: 1973-1978.
9. Fildes J, Narvaez GP, Baig KA, Pai N y Gerst PH. Pulmonary tumor embolization after peritoneovenous shunting for malignant ascites. *Cancer* 1988; 61: 1973-1976.
10. Moskovitz M. The peritoneovenous shunt: expectations and reality. *Am J Gastroenterol* 1990; 85: 917-929.
11. Fulenwider JT, Galambos JD, Smith RB, Henderson JM y Warren WD. Le Veen vs. Denver peritoneovenous shunts for intractable ascites of cirrhosis. *Arch Surg* 1986; 121: 351-355.
12. Vujic I, Moore LB y LeVeen HH. Recanalization of occluded superior vena cava for replacement of LeVeen shunt catheter. *Radiology* 1987; 164: 270-272.

Recibido: 21-II-92.