

ASCITIS MALIGNA: ¿LA PARACENTESIS ES LA ÚNICA SOLUCIÓN PALIATIVA? UN NUEVO ENFOQUE CON DRENAJES QUE PRIORIZA LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE, REPORTE DE UNA SERIE DE CASOS

TENNESSE JOSÉ LEDEZMA SÁNCHEZ¹ 

JOHNNY ALEXANDER PADRÓN SANABRIA² 

ANGEL BETANCOURTH³ 

MALIGNANT ASCITES: ¿IS PARACENTESIS THE ONLY PALLIATIVE SOLUTION? A NEW APPROACH WITH DRAINS THAT PRIORITIZES THE PATIENT'S QUALITY OF LIFE, REPORT OF A SERIES OF CASES

RESUMEN

La ascitis maligna (AM) es una manifestación frecuente del cáncer avanzado que impone una carga sintomática significativa, superando las desventajas del tratamiento estándar, la paracentesis repetida. Este procedimiento es incómodo, costoso y conlleva el riesgo de complicaciones graves, como la Disfunción Circulatoria Post-Paracentesis (DCP). Métodos: Este reporte de una serie de tres casos describe la experiencia con la colocación percutánea y ecoguiada de un catéter semipermanente tipo Malecot para el manejo paliativo de la AM terminal. El protocolo de manejo se centró en el drenaje seguro y controlado de pequeños volúmenes (1-3 litros) en el entorno domiciliario. Resultados: El catéter (con una duración de hasta tres meses) demostró ser un método seguro, efectivo y más confortable. El drenaje fraccionado de bajos volúmenes alivió eficazmente síntomas como el dolor, las náuseas y la dificultad respiratoria, con la ventaja crucial de eliminar el riesgo de DCP y la necesidad de expansores plasmáticos. Se observó una baja tasa de complicaciones, siendo la más relevante una secreción pericatóter leve (Clavien-Dindo Grado I) con resolución espontánea. Conclusión: La colocación ecoguiada del catéter Malecot, gestionada mediante un protocolo de drenaje continuo y de bajo volumen en el hogar, es una estrategia paliativa superior que optimiza el control sintomático, reduce la dependencia hospitalaria y ofrece una solución costo-efectiva para la AM terminal, priorizando la calidad de vida.

Palabras clave: Ascitis, Drenaje, Cirugía, Cáncer, Ecografía

ABSTRACT

Klatskin tumor (KT) or hilar cholangiocarcinoma has a poor prognosis, so early diagnosis, particularly with ERCP, allows for a better approach and palliation of symptoms. Objective. To determine the prevalence of Klatskin tumor in a high-density ERCP center and to discriminate it by age, sex, and origin. Methodology. A descriptive, cross-sectional study with an intentional sample consisting of 14,200 patients who spontaneously attended to undergo ERCP between July 1, 2014 and July 1, 2025 using standardized protocols. Results. A total of 1,052 KTs (7.4%) were observed, with a higher incidence in females (58%), in patients over 50 years of age, and in those from the states of Lara (23.4%), Zulia (19.9%), and Carabobo (9.5%). The WHO reports a global prevalence of one to two cases per 100,000 inhabitants, so the prevalence reported here is higher than expected. Conclusions: Further studies are needed to determine the causes of this increase, which should be accompanied by the implementation of new surgical techniques or specific treatments to mitigate this type of aggressive neoplasia.

Key words: Biliary tract neoplasia, cholangiocarcinoma, epidemiology, ERCP, Klatskin tumor, Venezuela

1. Cirujano General. Grand Master en Ecografía Clínica/ Residente de Cirugía Cardiovascular del Hospital Militar Universitario Dr. Carlos Arvelo. Correo-e: Tennesseeledezma@gmail.com
2. Cirujano General. Residente de Cirugía Plástica "Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera".
3. Cirujano Oncólogo / Cirujano General. Adjunto del Servicio de Cirugía General "Dr. Rommel Mota", Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde".

Recepción: 17/09/2025
Aprobación: 20/11/2025
DOI: 10.48104/RVC.2026.79.1.2
www.revistavenezolanadecirugia.com

INTRODUCCIÓN

La ascitis es una manifestación clínica frecuente en diversas patologías, tanto benignas como malignas, que a menudo se convierte en la principal causa de malestar. La Ascitis Maligna (AM), definida como la acumulación anormal de líquido en la cavidad peritoneal debido a la carcinomatosis o la obstrucción del drenaje linfático, representa aproximadamente el 10% de todos los casos de ascitis¹. Esta condición es un indicador de enfermedad neoplásica avanzada y conlleva una carga sintomática significativa al final de la vida. El aumento de la presión intraabdominal inducido por la AM puede causar dolor intenso, náuseas, anorexia, dificultad respiratoria, restricción de la movilidad y deterioro estético y psicológico, impactando negativamente la Calidad de Vida (CdV) del paciente².

El manejo paliativo de la AM se centra en el control de los síntomas, y tradicionalmente se han empleado diversas opciones, incluyendo diuréticos y quimioterapia intraperitoneal. Sin embargo, la Paracentesis de Gran Volumen (PGV) repetida ha sido históricamente el método estándar para la descompresión abdominal rápida³. A pesar de su eficacia inmediata, este enfoque presenta desventajas considerables que afectan directamente la CdV y la gestión sanitaria. El paciente se ve sometido a visitas hospitalarias repetidas, con el consecuente aumento de costos de traslado e ingreso, y la fatiga asociada a procedimientos invasivos y dolorosos por punción múltiple⁴. Esta dependencia hospitalaria contribuye a la insatisfacción del paciente y aumenta la carga sobre el cuidador.

Además de la carga logística, la PGV (> 5 L) conlleva el riesgo de complicaciones médicas graves, siendo la más relevante la Disfunción Circulatoria Post-Paracentesis (DCP). Este fenómeno se produce por una marcada disfunción circulatoria previa, donde la rápida reducción de la presión intraabdominal tras el drenaje masivo promueve una mayor transferencia de líquido circulante a la cavidad peritoneal, disminuyendo el volumen circulante efectivo⁵. La DCP se asocia a un mayor riesgo de reacumulación temprana de ascitis, desarrollo de síndrome hepatorenal e hiponatremia dilucional, factores que disminuyen la supervivencia. Para mitigar este riesgo, la administración de albúmina por vía intravenosa (6 a 8 g por cada litro extraído) es obligatoria para paracentesis mayores a 5 litros⁵.

Ante las limitaciones y riesgos de la paracentesis intermitente, la implantación de un Catéter Peritoneal (CP), emerge como una alternativa superior para el manejo paliativo de la AM terminal. Diversos estudios han demostrado que los CP proporcionan un alivio sintomático más duradero, permiten al paciente y a su familia gestionar el drenaje en el entorno domiciliario y reducen significativamente la necesidad de visitas a urgencias u hospitalizaciones. De hecho, análisis de rentabilidad sugieren que el CP es una estrategia más ventajosa en términos costo-beneficio que la PGV repetida en pacientes con ascitis recurrente debido a la reducción de complicaciones y de días de ingreso hospitalario⁶.

A pesar de la eficacia de los CP, el riesgo teórico de DCP y la necesidad de expansores plasmáticos persiste en el manejo de grandes volúmenes. El objetivo de esta serie de casos es presentar una experiencia en el manejo de pacientes con AM terminal mediante la colocación de un catéter semipermanente tipo Malecot guiado por ultrasonido. Se propone que la capacidad de estos dispositivos para permitir un drenaje diario, fraccionado y controlado (1-3 litros) desde el domicilio del paciente, elimina la necesidad de la PGV masiva y, por ende, previene la Disfunción Circulatoria Post-Paracentesis, simplificando el manejo y priorizando la calidad de vida del paciente.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente es un reporte de una serie de casos que describe la experiencia clínica en el manejo paliativo de la Ascitis Maligna (AM) terminal. La población de estudio estuvo compuesta por tres pacientes (un caso femenino y dos masculinos) con cáncer avanzado (adenocarcinoma de colon, adenocarcinoma de páncreas y adenocarcinoma de cuello uterino, respectivamente) que presentaban ascitis recurrente y requerían paracentesis continuas y repetidas.

Previo a la intervención, se explicó detalladamente el procedimiento, sus ventajas (drenaje domiciliario, menor riesgo de Disfunción Circulatoria Post-Paracentesis o DCP) y los costos asociados a los pacientes y a sus familiares. Se obtuvo el consentimiento informado de los participantes para la realización del procedimiento. Los datos de la intervención, el seguimiento y el resultado final se recolectaron de forma prospectiva y retrospectiva, conformando la serie de casos.

El seguimiento clínico y la evaluación de resultados se realizó mediante control ambulatorio y registro telefónico continuo con los pacientes y sus cuidadores, documentando la evolución clínica y la calidad de vida hasta el fallecimiento. La evaluación objetiva de la respuesta sintomática se llevó a cabo utilizando la Escala CAS (Catheter-Associated Symptoms Scale), validada como ASI-7, que cuantifica la severidad de los síntomas físicos y funcionales relacionados con la ascitis y la presencia del catéter. Adicionalmente, se monitorizó el cumplimiento del protocolo de drenaje domiciliario fraccionado (1-3 litros diarios) para el manejo sintomático continuo y la prevención de la Disfunción Circulatoria Post-Paracentesis (DCP). Además, se complementó la valoración de efectos con la escala Clavien Dindo que es un sistema estandarizado y universalmente aceptado para clasificar la gravedad de las complicaciones postoperatorias o las que ocurren después de cualquier procedimiento intervencionista⁷.

Descripción de la intervención

El procedimiento se llevó a cabo en la sala de procedimientos bajo estrictas normas de asepsia y antisepsia. Tras la limpieza de la piel con yodopovidona y la colocación de campos estériles,

la selección del sitio de punción fue guiada enteramente por ecografía. Aunque se considera rutinariamente el cuadrante inferior izquierdo para evitar estructuras adyacentes, la decisión se basó en la localización de la mayor colección de líquido ascítico y la mínima interposición de asas intestinales. En dos de los casos, la ecografía reveló una acumulación más segura y declive en el cuadrante inferior derecho, que se seleccionó como el punto de acceso.

Bajo guía ecográfica continua, se administró anestesia local e infiltrativa con 10 mL de bupivacaína al 0.5% (Figura 1). Posteriormente, se accedió al espacio intraperitoneal con una aguja introductora de 18 Fr. Se recolectó inmediatamente una muestra de aproximadamente 10 ml de líquido ascítico para su análisis de laboratorio. Con la aguja en posición, se avanzó una guía metálica flexible hacia la porción más declive del flanco derecho, y se confirmó ecográficamente su correcta colocación (Figura 2).

Se retiró la aguja introductora y se realizó una pequeña incisión. Utilizando la guía metálica, se procedió a la dilatación seriada del tracto (Figura 3) para facilitar el paso del catéter. Finalmente, se introdujo el drenaje semi-permanente tipo Malecot, el cual se avanzó mediante un estilete rígido que le proporcionó la firmeza necesaria para llegar al peritoneo. Tras retirar la guía metálica y el estilete interno, la punta del catéter de Malecot se auto-desplegó o "rizó" (efecto balón) en el espacio peritoneal, asegurando su fijación (Figura 4).

Una vez posicionado, el catéter se fijó a la piel con sutura de seda 0 y se cubrió con apósitos de protección (Figura 5). Se realizó un drenaje inicial controlado de 3 a 4 litros de líquido ascítico en cada caso. Posteriormente, el paciente fue trasladado a recuperación y, tras una hora de observación, se realizó una demostración detallada al paciente y su acompañante sobre la técnica de drenaje ambulatorio. Se instruyó a los pacientes para que realizaran drenajes diarios de 1 a 3 litros en casa, ajustados

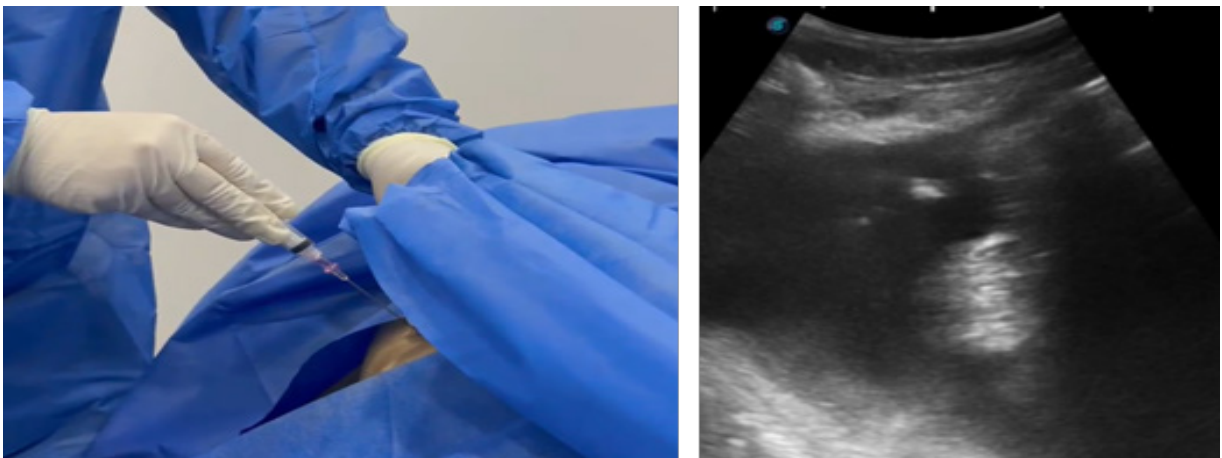


Figura 1. Infiltración anestesia local ecoguiada en piel y tejido celular subcutáneo

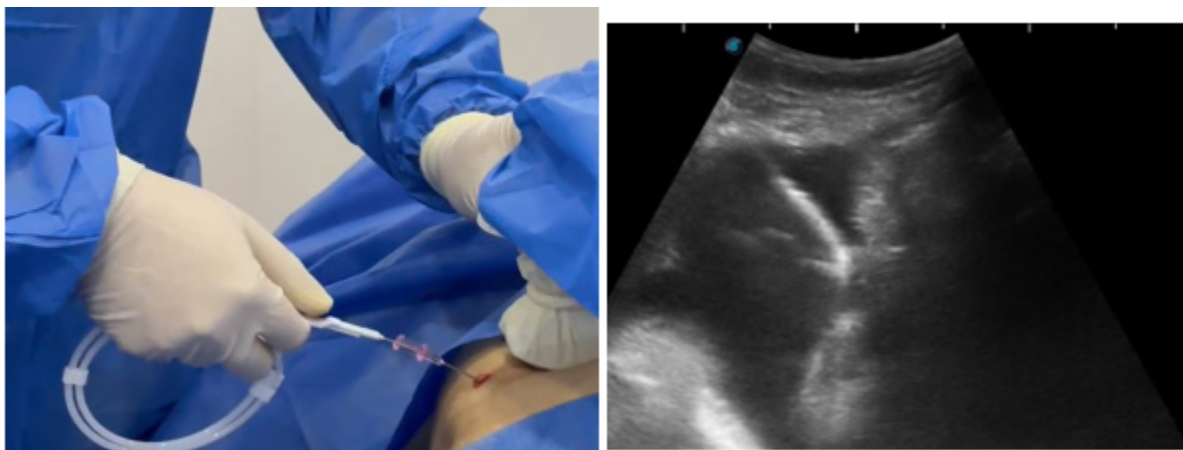


Figura 2. Paso de aguja para posterior colocación de guía metálica ecoguiada a cavidad peritoneal

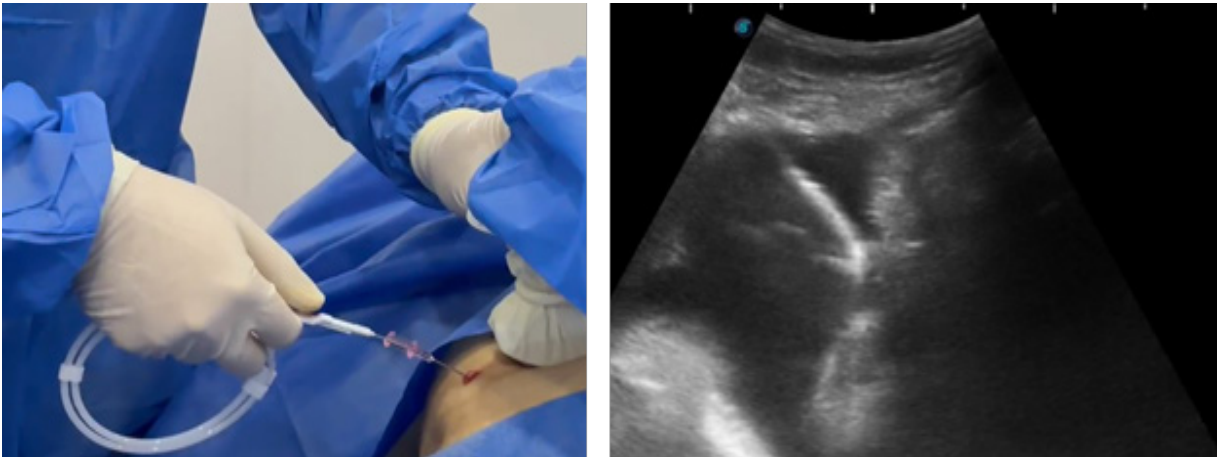


Figura 3. Paso de guía metálica flexible a través de aguja de forma ecoguiada a cavidad peritoneal



Figura 4. Retiro de aguja e introducción de dilataadores de piel por medio de la guía metálica

según la carga sintomática, lo que permite un manejo continuo y previene el riesgo de Disfunción Circulatoria Post-Paracentesis (DCP). Se proporcionó contacto directo para cualquier eventualidad.

REPORTES DE CASOS

Todos los pacientes que requerían paracentesis continua y repetidamente, se les explicó el procedimiento. En vista que el catéter de malecot es un catéter en el mercado asequible que puede durar hasta 3 meses hasta su próximo recambio ayudando a que el procedimiento sea mucho más económico además que se realiza de forma ambulatoria

Caso 1: Paciente masculino de 75 años con diagnóstico de adenocarcinoma de colon con recaída de la enfermedad. Presentaba antecedentes quirúrgicos de hemicolecotomía

derecha y colostomía, además de haber recibido tratamiento quimioterapéutico. Consultó por síntomas de dolor generalizado, sensación de pesadez abdominal, inapetencia, estreñimiento y disminución de la movilidad. Debido a ascitis maligna recurrente con múltiples episodios de paracentesis, se le realizó la colocación ecoguiada de catéter percutáneo tipo Malecot para drenaje continuo del líquido ascítico. Durante el seguimiento, se evidenció una mejoría clínica significativa en los síntomas referidos tanto por el paciente como por sus familiares, a pesar de la limitación informó que los familiares contaban con información clínica incompleta sobre el tratamiento quimioterapéutico previo. El paciente presentó molestias al dormir del lado derecho, correspondiente al lado de la implantación del catéter, con una puntuación de 6 en la escala CAS. La analgesia para el control del dolor consistió en administración intramuscular de 15 mg de morfina. El catéter



Figura 5. Colocación del drenaje de malecot por medio de la guía metálica

permaneció colocado durante 48 días y el paciente falleció en domicilio a los 78 días del diagnóstico definitivo.

Caso 2: Paciente masculino de 54 años con adenocarcinoma ductal avanzado de páncreas con metástasis hepáticas, en manejo con cuidados paliativos. Presentaba síntomas de ictericia, acolia, coluria, dolor generalizado, sensación de pesadez, inapetencia, pérdida de peso, estreñimiento y movilidad limitada. Debido a la presencia de ascitis maligna y antecedentes de paracentesis repetidas, se efectuó colocación percutánea ecoguiada de catéter tipo Malecot para drenaje continuo del líquido ascítico. Durante el seguimiento, se evidenció mejoría clínica destacando reducción de la sensación de pesadez, aumento del apetito y mejoría en la movilidad general. La familia del paciente, solo contaba con el diagnóstico histopatológico sin información detallada del tratamiento. El paciente presentó secreción pericatóter leve que se resolvió espontáneamente al día cinco y reportó molestias al dormir del lado derecho con puntuación CAS de 6. El manejo del dolor se realizó con morfina intravenosa a dosis de 15 mg. El catéter se mantuvo durante 70 días y el paciente falleció en su domicilio a los 130 días del diagnóstico definitivo.

Caso 3: Paciente femenina de 48 años con adenocarcinoma clínicamente avanzado de cuello uterino. Poseía antecedentes quirúrgicos de histerectomía total y ooforosalingectomía bilateral con criterios de radicalidad, más tratamientos adyuvantes de quimioterapia, radioterapia y cuidados paliativos. Presentaba síntomas compatibles con ascitis maligna como dolor generalizado,

pesadez abdominal, inapetencia, estreñimiento y movilidad reducida. Se procedió a la colocación ecoguiada de catéter percutáneo tipo Malecot debido a ascitis recurrente manejada previamente con múltiples paracentesis. Durante el seguimiento se observó mejoría clínica en los síntomas referidos por paciente y familiares, quienes no contaban con informes clínicos formales sobre los tratamientos oncológicos recibidos. Refirió molestias para dormir del lado derecho con un puntaje de 6 en la escala CAS. El control del dolor se manejó con morfina intravenosa a una dosis de 30 mg. El catéter se mantuvo 45 días y la paciente falleció en domicilio a los 150 días del diagnóstico definitivo.

DISCUSIÓN

La presente serie de casos valida la eficacia y seguridad del uso de catéteres peritoneales semipermanentes, específicamente el tipo Malecot guiado por ultrasonido, como una estrategia paliativa superior en el manejo de la Ascitis Maligna (AM) terminal. Este enfoque está firmemente respaldado por estudios que demuestran la mejora consistente en la Calidad de Vida (CdV), el control de los síntomas y la satisfacción del paciente y del cuidador al final de la vida ⁸. La principal fortaleza de este método reside en su capacidad para ofrecer un drenaje domiciliario fraccionado y continuo, superando las limitaciones logísticas, los costos recurrentes y el estrés asociado a la Paracentesis de Gran Volumen (PGV) repetida, que obliga a frecuentes visitas hospitalarias ⁹. La duración funcional de los catéteres en nuestros pacientes (entre 45 y 70 días) demuestra su rentabilidad y su valor como puente eficaz en la fase final de la enfermedad.

El factor crítico que distingue este protocolo es la prevención de la Disfunción Circulatoria Post-Paracentesis (DCP). La PGV (> 5 L) está intrínsecamente ligada al riesgo de DCP, que puede desencadenar síndrome hepatorenal y comprometer la supervivencia, haciendo obligatoria la profilaxis con albúmina ⁹. Al instruir a los familiares para un drenaje diario controlado de 1 a 3 litros, se evita la rápida descompresión masiva y la subsecuente inestabilidad hemodinámica, eliminando la necesidad de expansores plasmáticos (albúmina) y simplificando drásticamente el manejo. Esta práctica se fundamenta en la evidencia de que la reducción de la Presión Intraperitoneal (PIA) y el alivio sintomático máximo se logran con el drenaje de volúmenes pequeños (entre 1000 y 1500 ml), sin diferencias significativas de eficacia respecto a los grandes volúmenes ¹⁰.

El análisis de los resultados clínicos y de seguridad reafirma la baja morbilidad del procedimiento. La mejora sintomática observada en los tres casos incluyó una marcada reducción de la sensación de pesadez, mejoría en la movilidad general y, en un paciente, un notable aumento del apetito. En cuanto a las complicaciones, el único evento adverso consistente fue la incomodidad al dormir sobre el lado de la implantación, con una puntuación constante de 6 en la Escala CAS, lo que representa una molestia menor y predecible que no afectó la CdV global del

paciente. La secreción pericatéter leve observada en un caso, al resolverse espontáneamente en cinco días, se clasificaría como una complicación de Clavien-Dindo Grado I, confirmando el perfil de alta seguridad, bajo riesgo de infección y la ausencia de eventos mayores.

CONCLUSIONES

En síntesis, la evidencia revisada y esta serie de casos subrayan la eficacia superior y la seguridad de los catéteres peritoneales, como el Malecot, para el manejo de la ascitis maligna (AM), consolidándolos como una piedra angular en la atención paliativa. Este reporte valida que la implantación guiada por ecografía total, que garantiza la precisión en la selección del sitio de punción para optimizar el drenaje, es fundamental. Destaca que el drenaje libre de ascitis con catéter es un procedimiento de bajo riesgo, siendo seguro incluso sin la necesidad de expansores plasmáticos (albúmina), lo cual simplifica significativamente su manejo clínico y previene la Disfunción Circulatoria Post-Paracentesis (DCP). La disminución significativa de la presión intraperitoneal tras el drenaje valida un impacto fisiológico positivo, al asociarse con la mejora en parámetros clínicos como la función respiratoria y la diuresis.

El uso de estos dispositivos se asocia consistentemente con una mejora significativa en la calidad de vida (CdV) del paciente, un control más efectivo de los síntomas y una mayor satisfacción para pacientes y cuidadores, optimizando la atención al final de la vida. La clave del éxito reside en el protocolo de drenaje fraccionado domiciliario, que permite un control sintomático continuo y reduce la dependencia hospitalaria. Es crucial adaptar el volumen de drenaje a la individualidad de cada paciente, priorizando su fragilidad; sin embargo, la evidencia demuestra que el drenaje de pequeños volúmenes (1.500 mL) es tan efectivo en el alivio sintomático como los volúmenes mayores. Este hallazgo ofrece una guía práctica valiosa, permitiendo un manejo sintomático eficaz, continuo y compasivo en el entorno del hogar.

DECLARACIÓN DE CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

TJLS: escritura, investigación, recursos, redacción, análisis formal. JAPS: revisión, edición, análisis formal, borrador original. AB: revisión, edición, análisis formal, borrador original. Todos los autores aprueban la versión final del manuscrito y se hacen responsables de su contenido.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existen conflictos de interés relacionados con la realización de este estudio ni con la preparación y publicación del manuscrito.

REFERENCIAS

1. Suwari P, Nair A, Mantha SSP, Saifuddin MS, Naik V, Rayani BK. Management of Malignant Ascites by Indwelling Tunnelled Catheters in Indian Setup: A Case Series. *Indian Journal of Palliative Care*. 2021;27(2):349.
2. Cavazzoni E, Bugiantella W, Graziosi L, Franceschini MS, Donini A. Malignant ascites: pathophysiology and treatment. *Int J Clin Oncol*. febrero de 2013;18(1):1-9.
3. Chung M, Kozuch P. Treatment of Malignant Ascites. *Curr Treat Options in Oncol*. junio de 2008;9(2-3):215-33.
4. Plancarte R, Guillén MR, Guajardo J, Mayer F. Ascitis en los pacientes oncológicos: Fisiopatogenia y opciones de tratamiento. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 2004;11(3):156-62.
5. Dietrich CF, Lorentzen T, Appelbaum L, Buscarini E, Cantisani V, Correas JM, et al. EFSUMB Guidelines on Interventional Ultrasound (INVUS), Part III-Abdominal Treatment Procedures (Long Version). *Ultraschall in der Medizin*. 2016;37(1):E1-32.
6. Saiz-Mendiguren R, Gómez-Ayechu M, Noguera JJ, García-Lallana A, Marginet C, Cano D, et al. Drenaje permanente tunelizado de la ascitis maligna: experiencia inicial con el catéter PleurX®. *Radiología*. 2010;52(6):541-5.
7. Golder H, Casanova D, Papalois V. Evaluation of the usefulness of the Clavien-Dindo classification of surgical complications. *Cirugía española*. 2023;101(9):637-42.
8. Poisson C, Sampetean A, Renard P, Khoury-Abboud RM, Scotté F, Vígouret-Viant L, et al. Palliative semi-permanent abdominal drain for the management of refractory malignant ascites: a retrospective study in a comprehensive cancer center. *Support Care Cancer*. junio de 2025;33(6):496.
9. Bohn KA, Ray CE. Repeat Large-Volume Paracentesis Versus Tunnelled Peritoneal Catheter Placement for Malignant Ascites: A Cost-Minimization Study. *American Journal of Roentgenology*. noviembre de 2015;205(5):1126-34.
10. Rosenberg SM. Palliation of malignant ascites. *Gastroenterology Clinics*. 2006;35(1):189-99.