Invitamos a los lectores de Acta a que envíen casos con interés clínico o diagnóstico para su publicación en esta sección, de la cual el Editor es el Dr R Mazure.

"Just ascites?"

Steffen Rickes,[1] Klaus Mönkemüller,[1] Claudia Gerloff,[2] Frank Dombrowski,[3] Johannes Schmitt,[3] Peter Malfertheiner[1]

Five weeks prior to admission, this 58-year-old woman noticed an increase in abdominal girth, nausea and loss of appetite. Her body weight was constant, and there was no fever. On physi cal examination, the lower abdomen was distended and there were no signs of peritonitis. An "ascites of unknown origin" was diagnosed some days before by her general practitioner.

Figura 1

¿Solo ascitis?

Cinco semanas previas a la admisión una paciente de 58 años nota un incremento del diámetro abdominal, nauseas y pérdida del apetito. Mantenía su peso corporal y no refería temperatura. Al examen físico presentaba distensión abdominal sin signos de peritonitis. Su médico clínico habia diagnosticado "ascitis de origen desconocido".

Se solicitó la realización de una ecografía abdominal.

Para usted, ¿qué diagnósticos serían adecuados en esta paciente?

Resolución del caso en la página 231

[1] Dept. of Gastroenterology, Hepatology and Infectious Diseases, 2Dept. of Gynecology, and 3Dept. of Pathology, Otto-von-Guericke-University, Magdeburg, Germany

Correspondencia: *Dr Steffen Rickes*
Otto-von-Guericke-University Magdeburg
Dept. of Gastroenterology, Hepatology and Infectious Diseases
Leipziger Str. 44, 39120 Magdeburg, Germany
Phone:+493916713100
Fax:+493916713105
E-mail: steffen.rickes@medizin.uni-magdeburg.de

◆ IMAGEN DEL NÚMERO

Solución del caso: viene de la página 169

At transabdominal ultrasound a large multicystic mass containing nodular septae and solid components was found within the pelvis (figure 1), and hence an ovarian tumour was sus-pected. In the remaining abdomen there were no further abnormal sonographic findings. The sonographic diagnosis was confirmed during a exploratory laparotomy where a large septated tumour of the right ovary was found. The histological diagnosis was mucinous cystadenocar-cinoma. (figure 2)

Clinical differential for ascites is wide. The detection of septae within abdominal fluid by im-aging techniques is useful for differential diagnosis. These are usually caused by secretion of fibrinous material into the peritoneal cavity in cases of inflammatory (e. g peritonitis and peri-toneal tuberculosis) and neoplastic conditions.[1-5] Furthermore, liquid-cystic tumours of the ovary (e. g. cystadenocarcinomas) are a cause of septated abdominal fluid collection.[1-5] In these cases, the septae consist of tumour cells and fibrotic strands. The existence of nodular septae and solid parts in this patient strongly favours neoplasm of ovarian origin or possibly pseudomyxoma peritoni. A rare but important differential diagnosis of septated ascites, especially in patients in whom there has been a recent cholecystectomy, is biliary peritonitis.[4]

It can be concluded that the sonographic detection of septae within abdominal liquid collec-tions is useful for categorisation of "ascites of unknown origin". Large cystic ovarian tumours may imitate ascites. However, the imaging diagnosis of septae and solid components within the "fluid collection" can permit a correct diagnosis.

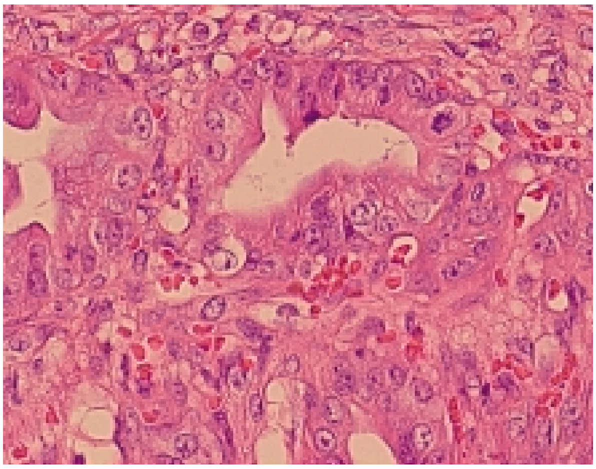

Figure 2. Histologically the tumour was characterised by micro- and macrocystic growth, with the cysts lined by a monolayer of mucous-secreting epithelium. In addi-tion, multiple papillary structures and glands were inside the stroma. H&E,x500.

La ecografía abdominal mostró una gran masa multiquística conteniendo septos nodulares, y componentes sólidos fueron encontrados dentro de la pelvis, por lo tanto se sospechó un tumor de ovario. En el resto del abdomen no se encontraron otras anormalidades. El diagnóstico ecográfico fue confirmado durante una laparotomía exploradora donde fue hallado un gran tumor septado del ovario izquierdo. El diagnóstico histológico fue cistoadenocarcinoma mucinoso. (figura 2)

Las diferencias clínicas con la ascitis son amplias. La detección de septos o tabiques dentro de fluido abdominal por imágenes técnicas es provechoso para el diagnóstico diferencial. Son usualmente causadas por secreción de material fibrinoso dentro de la cavidad abdominal en casos de inflamación (Ej. peritonitis y tuberculosis peritoneal) y condiciones neoplásicas.[1-5] Además, tumores líquido-císticos de ovario (ej. Cistoadenocarcinomas) son causa de colección fluida septal abdominal.[1-5] En estos casos, los septos están formados por células tumorales y hebras fibróticas. La existencia de septos nodulares y partes sólidas en este paciente favorecen fuertemente el origen en un tumor de ovario o pseudomixoma peritoneal. Un raro pero importante diagnóstico diferencial de ascitis tabicada, especialmente en pacientes que hayan tenido una reciente colecistectomia, es la peritonitis biliar.[4]

Podemos concluir que la detección ecográfica de tabiques dentro de una colección abdominal líquida es útil para categorizar de "ascitis de origen desconocido". Gran cantidad de tumores quísticos de ovario pueden imitar ascitis. Sin embargo, las imágenes de septos o tabiques y componentes sólidos dentro de la "colección fluida" puede permitir el diagnóstico correcto.

Referencias

1. Forstner R, Chen M, Hricak H. Imaging of ovarian cancer. JMRI1995;5:606-613.
2. Esquivel J, Sugarbaker PH. Clinical presentation of the pseudomyxoma peritonei syndrome. Br J Surg 2000;87:1414-1418.
3. Rickes S, Ocran KW, Wermke W. Pseudomyxoma peritonei. Gastroenterology 2003;124:1727.
4. Rickes S, Neye H, Ortner M, Lochs H, Wermke W. Gallige Peritonitis bei einem alkoholkranken Mann nach traumatischer Gallenblasenperforation – Differentialdiagnostik zur aszitisch dekompensierten Leberzirrhose. Z Gastroenterol 2001;39:213-218.
5. Hanbidge AE, Lynch D, Wilson SR. US of the peritoneum. Radiographics 2003;23:663-684.