
Paracentesis

AUTOR: IGNACIO MARTÍN SANTARELLI

6° Cátedra de Medicina Interna. Hospital de Clínicas José de San Martín, UBA.

ASESOR MÉDICO: DR. RICARDO BARCIA.

DEFINICIÓN

Es la remoción, diagnóstica o terapéutica, de líquido ascítico por medio de la inserción de una aguja en la cavidad peritoneal.

INDICACIONES

- Evaluación de **ascitis nueva**, a menos que pueda atribuirse con seguridad y con exclusividad a insuficiencia cardíaca o a anasarca.
- Evaluación de ascitis conocida, asociada a **deterioro clínico**: (fiebre, hipotensión, leucocitosis, encefalopatía, dolor abdominal).

La realización temprana de paracentesis, especialmente si se sospecha peritonitis bacteriana espontánea (PBE) (ver Machete: **Peritonitis bacteriana espontánea**), **mejora la supervivencia**.

PRECAUCIONES

El procedimiento no está contraindicado por plaquetopenia ni por alteraciones del coagulograma. No se recomienda la infusión de plasma o plaquetas en estas situaciones.

El **embarazo** y el **íleo** son contraindicaciones relativas; se recomienda la guía ecográfica para estos casos.

No debe punzarse la piel sobre zonas con **cicatrices**, pues aumenta el riesgo de perforación intestinal. Tampoco sobre lesiones de la piel.

PREPARACIÓN

- Paciente en decúbito dorsal, con el hemiabomen derecho ligeramente elevado (esto fuerza el desplazamiento del líquido ascítico hacia el lado a punzar).
- Limpieza con clorhexidina o solución yodada del área elegida, con las máximas medidas de antisepsia y seguridad personal.

ELECCIÓN DEL SITIO DE INSERCIÓN

La zona más redituable y segura es la fosa iliaca izquierda.

TÉCNICA

Luego de la asepsia y anestesia con lidocaína, insertar el catéter, preferentemente N° 18 conectado a una jeringa de 20 ml, en el sitio mencionado, con una de las siguientes técnicas:

- A) Tracción en Z:** Traccionar la piel del abdomen hacia abajo, y luego insertar el catéter, para que una vez retirado se separen los puntos de inserción en la piel y en el peritoneo.
- B) Inserción angular:** Punzar la piel con un ángulo agudo con respecto a la línea horizontal que pasa por el ombligo.

Deben recolectarse las siguientes muestras:

- Citología (con heparina)
- Análisis físico-químico (con heparina)
- Tinción de Gram (con heparina)
- Cultivo en frasco para aerobios y para anaerobios
- Anatomía Patológica, si corresponde

INTERPRETACIÓN DE LOS PARÁMETROS

Recuento celular	<ul style="list-style-type: none"> • Esencial para determinar el número y fórmula leucocitaria
Gradiente sero-ascítico de albúmina (GASA)	<ul style="list-style-type: none"> • $>1,1$ g/dL: hipertensión portal: sensibilidad 97% y especificidad 95% • $<1,1$ g/dL: carcinomatosis o tuberculosis peritoneal, pancreatitis, síndrome nefrótico
Punción hemorrágica (traumática)	<ul style="list-style-type: none"> • Recuento de leucocitos ajustado: debe restarse 1 leucocito por cada 750 eritrocitos • Recuento de neutrófilos ajustado: debe restarse 1 neutrófilo por cada 250 eritrocitos
Peritonitis bacteriana secundaria	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 2 de los siguientes criterios: proteínas ≥ 1 g/dL, glucosa ≤ 50 mg/dL, LDH ≥ 225 mUI/mL

Bibliografía:

1. Thomsen T, Shaffer R, White B. Paracentesis. N Engl J Med 2006;355:e21
2. Wong CL, Holroyd-Leduc J, Thorpe KE, et al. Does this patient have bacterial peritonitis or portal hypertension? How do I perform a paracentesis and analyze the results? JAMA. 2008; 12:1166-78
3. Akriavidis EA, Runyon BA. Utility of an algorithm in differentiating spontaneous from secondary bacterial peritonitis. Gastroenterology. 1990 Jan;98(1):127-33.