

Sesiones clínicas en red SADEMI

H. Reina Sofía, Córdoba. 28 noviembre 2018. Dra Ana I. Pérez Caballero

CASO CLÍNICO

Hombre de 68 años que consulta por edematización de MII

A. Personales. No alergias conocidas a medicamentos. Hipercolesterolemia en tratamiento con Simvastatina 20 mg diario. Ex fumador desde hace 3 años de 20 paquetes/año. Dispepsia que trata con Omeprazol 20 mg diarios. Niega ingesta de bebidas alcohólicas. Trabajó como taxista. Intervenido de Ca basocelular facial hace años. En domicilio tiene un perro bien vacunado, y palomas.

En su familia no conoce antecedentes de enfermedad tromboembólica.

E. Actual. Consulta por edematización de MII de 2 meses de evolución, acompañada de dolor y aumento de temperatura local a nivel de toda la extremidad, sin antecedentes de cirugía previa, reposo por cualquier motivo ni traumatismo sobre la zona afecta. El cuadro no se acompaña de dolor torácico, tos o expectoración, disnea ni episodio sincopal. Ha recibido tratamiento con Enoxaparina 100 mg diario que suspende a los 5 días por sangrado en el punto de punción. En el último año ha perdido 2 kg de peso, conservando el apetito, y sin dolor abdominal (salvo la dispepsia referida), ni cambio de ritmo intestinal, ni sangrado deposicional. No sintomatología respiratoria, ni urológica, ni cutánea, ni ha notado aparición de adenopatías o masas a ningún nivel. No ha tenido fiebre en ningún momento.

Exploración física. BEG, constantes vitales normales, con Sat O₂ basal de 97%. Eupneico, afebril, telangiectasias faciales difusas. Ingurgitación yugular a 45°. No se palpan adenopatías periféricas. No eritema palmar ni hipertrofia parotídea. ACR con tonos rítmicos a 70 lpm, y soplo sistólico en BPEI. MVC sin ruidos añadidos. Abdomen blando, con hepatomegalia dolorosa de 5-6 cm, sin semiología de ascitis. EE con aumento de diámetro y temperatura de MII hasta raíz, y edema con fovea. MID: edema duro con fovea hasta rodilla.

Exploraciones complementarias.

Analítica: Hemograma: Hb 16, VCM 87; serie blanca y plaquetas normales. Bioquímica con urea, creatinina e iones normales. Enzimas de citolisis normales. Colestasis con FA 270, GGT 420, bilirrubina normal, LDH 388. PCR 17. VSG 35. Fatorón férrico normal. Estudio de coagulación con actividad de protrombina del 60%, y TTPa mínimamente alargado. Dímero D: 30.090. GSA: p H 7,4, pO₂ 90, pCO₂ 40.

Rx de tórax: sin hallazgos patológicos

ECO doppler de MII: sin hallazgos sugestivos de TVP.

Ecografía abdominal: hígado con múltiples lesiones focales dispersas, algunas de gran tamaño (hasta 12 cm); la mayoría hiperecogénicas y bien delimitadas, alguna cavitada y con necrosis central. Resto de la exploración sin hallazgos. Las lesiones sugieren metástasis en primer lugar, sin poder descartar angiomias múltiples con gran hemangioma cavernoso (menos probable).

Se plantea, con las exploraciones realizadas hasta este momento, diagnóstico diferencial que englobe los hallazgos más relevantes.