

## RESUMEN DEL CASO CLINICO DE LA SESIÓN CLÍNICA EN RED SADEMI

19 de febrero de 2020

### **DOLOR ABDOMINAL Y ASCITIS DE INSTAURACIÓN AGUDA**

Antecedentes personales:

Varón de 73 años jubilado del sector ganadero y agrícola, vive con su esposa, independiente para actividades básicas y sin deterioro cognitivo. Sin alergias medicamentosas conocidas. No hábitos tóxicos actuales ni previos. Como factores de riesgo cardiovascular presentaba hipertensión arterial, diabetes mellitus 2 con buen control metabólico y ausencia de manifestaciones micro-macrovasculares, dislipemia mixta y obesidad. En seguimiento por cardiología por cardiopatía hipertensiva con función sistólica preservada y fibrilación auricular crónica. En tratamiento habitual con acenocumarol 4mg según control hematología, losartán 100 mg / hidroclorotiazida 12.5 mg cada 24 horas, doxazosina 4mg cada 24h, diltiazem retard 120 mg cada 24 horas, glicazida 30 mg cada 24horas, metformina 850 mg cada 8horas, pravastatina 10 mg cada 24 horas.

Enfermedad actual:

El paciente consulta a servicio de urgencias por cuadro de una semana de evolución de dolor abdominal difuso leve y constante, con empeoramiento postprandial sin mejoría tras la deposición, junto con distensión abdominal, hiporexia y astenia marcada. Sin fiebre, sin alteración ritmo intestinal, sin pérdida de peso cuantificada ni otra clínica asociada en la anamnesis por órganos y aparatos.

Exploración:

TA 136/85mmhg, Tª 36.4°C, saturación O2 basal 95%. Peso 86 kg. Buen estado general. Consciente, orientado y colaborador. Bien hidratado y perfundido. Boca con déficit piezas dentarias. Cuello y fosa supraclavicular sin adenopatías. No adenopatías axilares. Auscultación cardiopulmonar con tonos arrítmicos y murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen blando, depresible doloroso a la palpación de forma generalizada, sin signos de irritación peritoneal, con datos de ascitis no a tensión, ausencia de circulación colateral, sin masas ni megalias palpables. Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda ni insuficiencia venosa crónica.

Pruebas complementarias realizadas en servicio de urgencias y en planta de medicina interna:

- Analítica: hemograma normal, hemostasia con INR 3.14, fibrinógeno 656mg/dl. Glucosa 241 mg/dl, función renal y perfil lipídico normal, bilirrubina total 1.24 mg/dl, GOT 124 U/L, GPT 112 U/L, FA 375 U/L, GGT 733 U/L, LDH 594 U/L, albumina 3.2 g/dl, calcio y proteínas totales normales. Lipasa normal. Perfil férrico normal incluyendo ferritina. TSH normal. PCR 5.6 mg/l, VSG 101 mm1ªhora.
- Orina sin hallazgos patológicos, ausencia de proteinuria
- EKG: fibrilación auricular a 65 lpm con extrasístole ventricular aislado.
- Radiografía de tórax y abdomen sin hallazgos destacables

- Ecografía de abdomen: hígado heterogéneo en relación con hepatopatía, sin claras lesiones focales. Vesícula con pared engrosada, sin litiasis. Vía biliar no dilatada. Adenopatía en porta hepática. Ascitis moderada. Resto sin alteraciones.
- Líquido ascítico: seroso claro. 8000 hematíes, 700 leucocitos 60% linfocitos, glucosa 198 mg/dl, PT 1.7 g/dl, LDH 126U/L, albumina 1g/dl, ADA negativo. Cultivo negativo. Citología negativa. BAAR negativo. Lowestein pendiente.
- Mantoux negativo.
- Serología infecciosa: CMV IgM negativo, VHA negativo, VHB inmune, VHC negativo, VIH negativo, rosa de bengala negativo, coxiella y rickettsia negativo.
- Autoinmunidad: ANA, FR, ANCA, AMA, ASMA, AntiLKM negativos. Antifosfolípidos negativo.
- Proteinograma sin mono o policlonalidad, IgG 1650, IgA 555, IgM normal. Ceruloplasmina normal.
- Tac de Tórax y abdomen c/c: Nódulo calcificado en lóbulo superior izquierdo con adenopatías mediastínicas calcificadas. Hígado de tamaño normal con extensa área hipodensa que ocupa segmentos VI, VII y lóbulo caudado, con edema periportal en todo el hígado, sugerente de congestión vascular sin alteraciones en fase arterial, sin poder descartar proceso neoplásico. Adenopatías significativas en porta-hepático, líquido perihepático, periesplénico, gotieras y ascitis libre. Resto de abdomen sin alteraciones.
- Ecocardiografía sin alteraciones significativas, con regurgitación aórtica leve.
- EDA: gastritis crónica sin otras alteraciones.
- Marcadores tumorales: alfafetoproteína normal, CEA 16, CA19.9 12141, PSA normal
- PET/TAC: cerebro, cuello y tórax sin captación patológica. Abdomen: moderado incremento metabólico de límites mal definidos en el lóbulo hepático izquierdo (SUVmax=4.5), adenopatías hipometabólicas en hilio hepático (SUVmax=3), ascitis, sin otras alteraciones patológicas. Conclusión: escasa afinidad por trazador, baja probabilidad de etiología neoplásica/inflamatoria.

Se realizó una prueba complementaria que confirmó la sospecha semiológica y esta a su vez un procedimiento que estableció el diagnóstico final.

M<sup>a</sup> de los Ángeles Guerrero León

FEA Medicina Interna

**Hospital de Antequera (Málaga)**