



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

242/846 - TENGO MÁS BARRIGA QUE EN MIS EMBARAZOS

J. García Jiménez^a, A. García Jiménez^b e I. Ruiz Ojeda^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar. Jaén. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Belén. Jaén. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuentezuelas. Jaén.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 39 años. Primera consulta en Atención Primaria (desplazada de otra Comunidad). Divorciada, dos hijos. Bajo nivel socioeconómico. Apendicectomizada. Niega consumo de tóxicos. Acude por dolor, distensión y aumento del perímetro abdominal ("tengo más barriga que en mis embarazos"), debilidad y pérdida ponderal, de un mes de evolución. Afebril. No sangrados digestivos. Niega embarazo.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, consciente y orientada, tinte ictérico de piel y mucosas. Tensión arterial: 100/60 mmHg, frecuencia cardíaca: 110 latidos por minuto, saturación de oxígeno: 98%. Auscultación cardiopulmonar: normal. Abdomen distendido por ascitis no a tensión, sin defensa. Hepatomegalia de dos traveses, sin rebote ni irritación peritoneal. Miembros inferiores sin datos de trombosis ni edemas. Hemoglobina 10,5 g/dl, hematocrito 32%, volumen corpuscular medio 105, actividad de protrombina del 60%, bilirrubina total de 5 mg/dl, GGT 395 U/L. Orina colúrica. Test gestacional negativo. Ante los hallazgos, se reinterroga a la paciente, quien confiesa consumo etílico de unos 75 g/día (54 UBE/semana). Ecografía abdominal: hepatomegalia sin lesión ocupante de espacio, vesícula libre, ascitis en pelvis menor, canales parietocólicos, perihepática y periesplénica. Ecografía transvaginal: útero en anteversión, regular con endometrio atrófico, anexos libres. Ante la sospecha clínica, se deriva al hospital, con ingreso en Digestivo: TC abdominal y paracentesis, que confirman el diagnóstico. También estudio genético, serologías, colonoscopia y endoscopia digestiva alta, normales. Tratamiento: paracentesis evacuadoras. Al alta: furosemida 40 mg/día, espironolactona 150 mg/día, dieta sin sal, abstinencia alcohólica. Seguimiento por Trabajador Social y en Primaria: paciente toma conciencia de su adicción. Actualmente en programa de deshabituación, con tratamiento médico y psicológico.

Juicio clínico: Cirrosis hepática alcohólica. Child B9.

Diagnóstico diferencial: Tumores y procesos uroginecológicos, hemocromatosis, hepatitis infecciosas, peritonitis infecciosa, enfermedad de Wilson, metástasis hepáticas, insuficiencia cardíaca descompensada.

Comentario final: Importancia del médico de Atención Primaria en la detección del consumo de tóxicos y de las patologías derivadas de ello. Fundamental crear un ambiente propicio en los pacientes (al comienzo, la paciente negaba el consumo de alcohol).

Bibliografía

1. Koulouzidis A. Alcoholic hepatitis: A clinician's guide to diagnosis and therapy. *World J Gastroenterol.* 2010;10;16:4905-12.
2. Lucey M, Mathaurin P, Morgan TR. Alcoholic hepatitis. *N Engl J Med.* 2009;360:2758-69.

Palabras clave: Ascitis. Cirrosis hepática. Hepatitis alcohólica.