

## 347/4226 - ASCITIS... NO SIEMPRE DE ORIGEN ABDOMINAL

T. Cernuda Pereira<sup>a</sup>, M. Noguerol Álvarez<sup>b</sup>, V. Pérez Aradas<sup>c</sup> y R. Iglesias Sigüenza<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cuzco. Fuenlabrada. Madrid. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Cuzco. Fuenlabrada. Madrid. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Aranjuez. Madrid. <sup>d</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cuzco. Fuenlabrada. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 72 años con historia previa de carcinoma renal de células claras intervenido en junio 2017, controlado y sin tratamiento actualmente (última revisión hace 3 meses). Asimismo se trata de una paciente hipertensa, diabética, obesa, con insuficiencia mitral moderada, hipertensión pulmonar severa y fibrilación auricular anticoagulada (la cual desencadenó un primer episodio de insuficiencia cardiaca hace un año). Acude a la consulta por molestias epigástricas y astenia intensa de meses de evolución que progresivamente han ido en aumento, sin pérdida de peso, edema en miembros inferiores ni aumento de disnea.

**Exploración y pruebas complementarias:** Saturación 91% Tensión arterial 169/95 mmHg. Eupneica a su llegada. Soplo sistólico. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible, sin dolor, no globuloso ni distendido. Hepatomegalia sin esplenomegalia. No edema en miembros inferiores. Ecografía realizada en el centro de salud en la cual se objetiva hepatomegalia, líquido libre perihepático y dilatación de venas suprahepáticas, sin lesiones hepáticas ni esplenomegalia. En análisis de sangre del mes anterior destaca colestasis dissociada (bilirrubina, GOT y GPT normales con GGT 283 U/L y fosfatasa alcalina 160 U/L con LDH 275 U/L).

**Orientación diagnóstica:** Ascitis a estudio.

**Diagnóstico diferencial:** Causas principales de ascitis: cirrosis (81%), cáncer (10%), insuficiencia cardiaca (3%), tuberculosis (2%), diálisis (1%), enfermedad pancreática (1%), otras causas (2%).

**Comentario final:** Este caso nos recuerda que ante una ascitis debemos tener en cuenta todos los diagnósticos diferenciales posibles a pesar de que el más frecuente, con diferencia, sea una cirrosis descompensada. En nuestra paciente sospechamos, en primer lugar, recidiva tumoral por los antecedentes pero terminó siendo ascitis por insuficiencia cardiaca derecha con FEVI preservada con TACbody sin evidencia de recidiva de su enfermedad.

### Bibliografía

1. Runyon BA, Montano AA, Akriviadis EA, et al. Ann Intern Med. 1992;117:215.
2. Runyon BA. Malignancy-related ascites and ascitic fluid "humoral tests of malignancy". J Clin Gastroenterol. 1994;18:94.

3. Feldman M, Scharschmidt BF, Sleisenger MH, eds. Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology/Diagnosis/Management, 7<sup>th</sup> ed, WB Saunders Company 2002.

**Palabras clave:** Ascitis. Insuficiencia cardiaca. Colestasis.