



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

## 482/1638 - DOCTOR, SE ME HINCHAN LAS PIERNAS

A. Castañeda Pérez-Crespo<sup>1</sup>, J. Zieleniewski Centenero<sup>2</sup>, P. Molina Castillo<sup>3</sup> y M. Sarabia Contreras<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Molina Norte-Antonio García. Molina de Segura. Murcia.<sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Archena. Archena. Murcia.<sup>3</sup>Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Molina Sur-Jesús Marín. Molina de Segura. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 51 años con antecedentes de esteatosis hepática moderada, HTA, DLP, fumador de 10 cig/día, hábito enólico de 4-5 UBE al día. Hepatitis en la juventud (según historia VHA). El paciente acude con alta de Hospital concertado con diagnóstico de cirrosis hepática, descompensación hidrópica. Refiere dolor abdominal y astenia de meses de evolución, sin consultar en A.P. y acudiendo a urgencias. En consulta edemas en MMII en fóvea hasta rodillas. Afebril. No cambios en hábito intestinal, no otra clínica.

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG, COC, NH/NC. Dedos hipocráticos, no exantemas ni petequias. AC: rítmico, sin soplos. AP: MVC sin ruidos patológicos. Abdomen: distendido, ascitis sin estar a tensión, no dolor abdominal ni signos de irritación peritoneal. MMII: edemas en fóvea hasta rodilla. Se realiza ecografía en consulta: Hígado de aspecto cirrótico, no se observan LOE, signos de HTP, líquido ascítico perihepático y en resto de abdomen. Esplenomegalia. Resto sin hallazgos. Analítica: BQ: Cr 0,7, Na 145, K 4,5, Bi T 4,8, GGT 187, GOT 130, GPT 57, glucosa 163. Hemograma con Hb 11,7 VCM 103,4, HCM 35,5, plaquetas de 55.000, coagulación: INR 1,03.

**Orientación diagnóstica:** Cirrosis hepática, descompensación hidrópica.

**Diagnóstico diferencial:** Hepatitis crónica, Esteatosis hepática, Enfermedad del hígado graso no alcohólica.

**Comentario final:** Ante la situación de pandemia actual, se realizó un manejo ambulatorio del paciente con ajuste de tratamiento diurético y mejoría de edemas así como de la ascitis. En historial clínico, ecografía realizada en 2006 donde se evidenciaba líquido ascítico que posteriormente desapareció. Se cursó cita en consultas externas de digestivo ante estabilidad del paciente y descartar posibles criterios de derivación a urgencias. En pacientes con esta patología, se derivarán con prioridad preferente los pacientes cirróticos que presenten ascitis de difícil control o un deterioro rápido o inexplicable de la función, así como aquellos pacientes en los que se sospeche hepatocarcinoma. Por otro lado, se trató la DM2 tras glucemia basal alterada con ADOS.

### Bibliografía

- Mikolasevic I, Milic S, Wensveen TT, Grgic I, Jakopcic I, Stimac D, et al. Nonalcoholic fatty liver disease - A multisystem disease? World J Gastroenterol. 2016;22(43):9488-505.

**Palabras clave:** Ascitis. Cirrosis hepática. Ecografía.