



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

482/1000 - DOCTORA, ESTA BARRIGA NO ES MÍA

D. Argüeso Troule¹, C. Cobo Orovio² y C. García Rivero³

¹Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria.²Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja Cabuérniga. Cabezón de la Sal. Cantabria.³Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 94 años IABVD. AP: HTA. DLP. Hipotiroidismo. IQ: colecistectomía (2008). NAMC EA: Acude a consulta de AP por sensación de distensión abdominal de meses de evolución a la que se ha asociado en los últimos 3-4 días dolor constante en hipocondrio derecho, tos seca y edemas en ambas piernas. Niega náuseas, vómitos ni alteración del ritmo intestinal. Tampoco refiere disnea.

Exploración y pruebas complementarias: T^a: 37 °C. TA: 109/99. Sat O2 basal: 93%. BEG. Constitución delgada. CyO x3. NH y NP. Eupneica. Tos seca. No IY. AC: rítmica sin soplos. AP: crepitantes bibasales y sibilantes espiratorios generalizados Abdomen: distendido, endurecido pero depresible. Se palpa masa dura dolorosa en hipocondrio derecho. RRHH presentes. No signos de irritación peritoneal. EEII: edemas con fóvea hasta rodillas sin datos de TVP. En analítica sanguínea (no se disponía de analíticas previas desde hace 2 años): glucosa 140, urea 161, Cr 2,02, FG 21, sodio 145, GPT, amilasa y Bi total normales, NT-Pro-BNP 1.592. HG normal Rx tórax: normal. Ecografía abdominal: hígado aumentado de tamaño que presenta varias imágenes nodulares de gran tamaño en LHD en relación con LOE. Abundante cantidad de líquido libre intraabdominal.

Orientación diagnóstica: Se pone de manifiesto la importancia de la exploración clínica y cómo nos orienta cual es la prueba complementaria más adecuada y la velocidad con la que la necesitamos. La palpación de una masa pétrea dolorosa asociada a los datos de congestión en una pacienteañosa que con buena calidad de vida nos obligaron a priorizar la ecografía abdominal (con carácter preferente).

Diagnóstico diferencial: Respecto a la patología abdominal: la principal hipótesis diagnóstica era un origen maligno. Como alternativas se barajó un origen infeccioso (absceso) aunque mucho menos probable. La duda razonable se planteó a nivel respiratorio: 1. Compresión torácica de origen subdiagramático. 2. Asociación con insuficiencia cardiaca.

Comentario final: Debemos dejarnos guiar por la exploración clínica para elegir las pruebas complementarias. Se realizó ecografía abdominal y se pudo derivar para ampliar estudio con poco tiempo de espera.

Bibliografía

- Thyagarajan MS, Sharif K. Space Occupying Lesions in the Liver. Indian J Pediatr. 2016;83(11):1291-302.

Palabras clave: Ascitis. LOE. Insuficiencia cardiaca.