



CASO CLÍNICO



*Aitana Nebot Ariño R1 MIN HGUV
Rosa Benítez Adjunta servicio MIN*

MOTIVO CONSULTA

Varón 68 años remitido de CCEE Reu tras hallazgo en TC ambulatorio de:
TVP extensa (VCI, ambas ilíacas comunes, femoral común derecha) +**TEP**
ramas LID. Dudosos engrosamiento transición recto-sigma. Ascitis y
derrame pleural izquierdo. Derrame pericárdico. Marcada esteatosis
hepática difusa sin lesiones focales

ANTECEDENTES

- FRCV: DM2, Dislipemia
- SAHS
- Polimiositis, Osteoporosis, fibromialgia (seg.Reu c/6 meses)
- Quiste aracnoideo cerebeloso dx en 2007
- Herpes oftálmico
- Hernia discal L₄-L₅

IQx: fisura anal, melanoma región anterior cuello

No RAMc

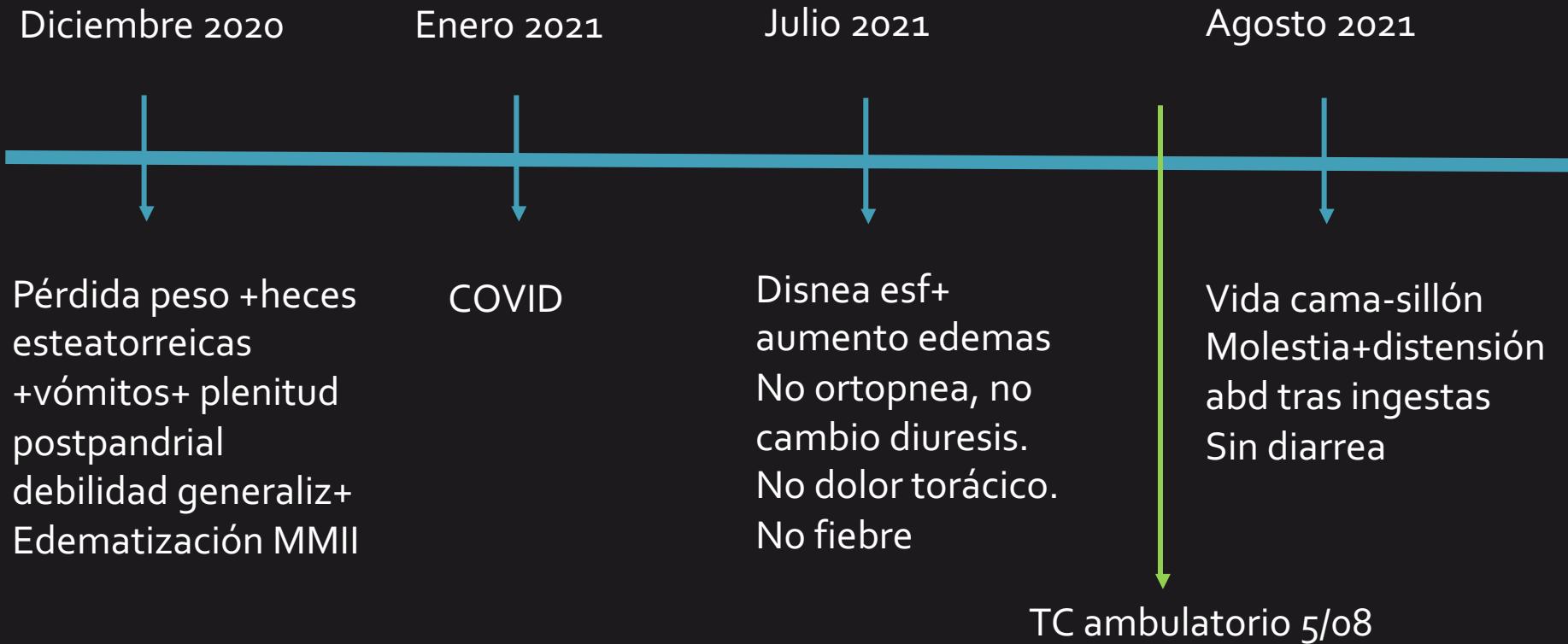
Tóxicos:

- Tabaco: 1 cig/día. Antes 1 paq/día
- Enolismo crónico. En abstinencia desde Septiembre.

**Últimos INGRESOS:

- 09/2020: PA necrotizante que precisa UCI
- 12/2020: PA

ENFERMEDAD ACTUAL



TRATAMIENTO

- Furosemida 40mg 1/día
- Hidroxil B1-B6-B12 1/día
- Ganfort [bimatoprost+timolol] oftálmico
- Lyrica[pregabalina] 25mg 2 cápsulas cada 12h
- Natecal D flas 1c/día
- Omeprazol 20 1/día
- Rivotril 0,5mg 1 cada 12h
- Soludronate 70 mg 1 frasco semanal
- Tardyferon 80mg 1/día
- Trankimazin 0,5mg/día
- Zamene 30mg ¼ cada 48h
- Zytram 100mg 1/12 horas
- Transtec 35mcg/h 1 parche transd cada 3días
- Jentadueto 2,4/1000mg 1 comp/día

SITUACIÓN BASAL

Vive con esposa en domicilio. Movilidad con bastón hasta hace 3 semanas. Luego cama-sillón por disnea y debilidad.

E.FÍSICA

Ctes: TA 98/71 FC 96lpm SpO₂ 99% con GN 3L/min Glu 112 mg/dl T^a 36,5°

- CyO. Palidez cutánea. Normohidratado
- ACP: tonos rítmicos, sin soplos. **Disminución MV en base izquierda**
- Abd: globuloso, blando y depresible no doloroso a la palpación. Sin masas ni mealias. **Ascitis** no a tensión. Matidez en flancos. RHA +
- MMII: **edemas** con fóvea bilaterales, hasta raíz en MII.
- NRL: Pupilas isocóricas fotorreactivas. PPCC sin alteraciones. Fuerza MII 4/5, MMSS 5/5 .Sb normal. ROT presentes. RCP indif.
- No adenopatías periféricas significativas.

PPCC

AS:

- HG: Hb 11 VCM 98, leucos 5300, plt 174000
- TP 14,2, TTPa 32,4, INR 1,22 . GSA sin alteraciones
- BQ: urea 78, Cr 1,37, proteínas 6,4, PCR 11,7, albúmina 1,5
- Br 0,82, GOT 51, GPT 26, FA 160, GGT 101
- B12, fólico 2, TSH normales
- Rx tórax: ICT<0,5. Pinzamiento seno costof I.
- ECG: RS 100lpm, bajos voltajes, eje normal, qrs estrecho, BIRDHH
- Eco doppler MI: TVP bilat femoral común, superficial y poplítea bilateral



POR TANTO....

Trombosis extensa

1. Estudio trombofilia → CCEE hematología
2. Factor predisponente:
3. Enfermedades que aumentan R:
4. Fármacos: bevacizumab, trombocitop
heparina

Desnutrición severa

Ascitis, derrame pleural i pericárdico

- Inmovilidad: 45 %
- Ingresos hospitalarios 39%
- Cirugía reciente 34%
- Malignidad 34 %
- Infección 34 %
- Hospitalización actual 26%

- Enfermedad renal o hepática
- Artritis reumatoide
- Fallo cardíaco
- SAF
- Waldenström

SOLICITAMOS

LABORATORIO:

- Estudio trombosis: anticoag lúpico, Ac Anticardiolipina, B2-gp NEGATIVO
- Inmunidad:
 - FR 4, IFI negativa, ANA - , ANCA - , C3 65 mg/dl, C4 46
- Proteinograma: no se observa pico monoclonal
- Inmunoglobulinas: **Elevación Ig G e IgA.**
- Proteinuria 24h: 0,2g

IMAGEN

- Doppler hepático: hígado contornos lisos sin signos de cirrosis. Porta calibre normal, permeable, flujo hepatópeto velocidad normal. Bazo 9 cm. Resto sin alteraciones.
- AngioTC pulm: TEP agudo aa segmentarias (**rama ant LSD, ramas lobar inf dcha**). Sin HTP ni sobrecarga cardíaca. Dp bilateral, ligero derrame pericárdico. Ascitis.
- Gastrocolonoscopia: Diverticulosis. Pólipo de colon. Hernia hiato. Gastritis crónica.
- ETT: Derrame peric. ligero. Ascitis y dpi que comprimen extrínsecamente VD con **signos indirectos de taponamiento** ecocardiográfico. Función VD conservada. VCI no visible. No posible evaluar signos HTP. VI diámetro y función normal. No valvulopatías.

Desnutrición severa

- Vitaminas: déficit B₁,B₆,A,E,D
 - Elastasa fecal: <15
- Ajuste tratamiento por endocrinología

Debilidad

Valorado por neurología:

- Onconeuronales: negativo
- EMG: PNP distal simétrica de tipo axonal sensitivo-motora.
- RM cerebral y cervical: desmielinización crónica. Hernia c5-c6.

PARACENTESIS

INDICACIONES



- Ascitis nueva aparición
- Tto ascitis a tensión o R a diuréticos
- Deterioro clínico de un paciente con ascitis

CONTRAINDICACIONES

- Embarazo
- Infección local
- Coagulopatía grave (CID)

REPONER

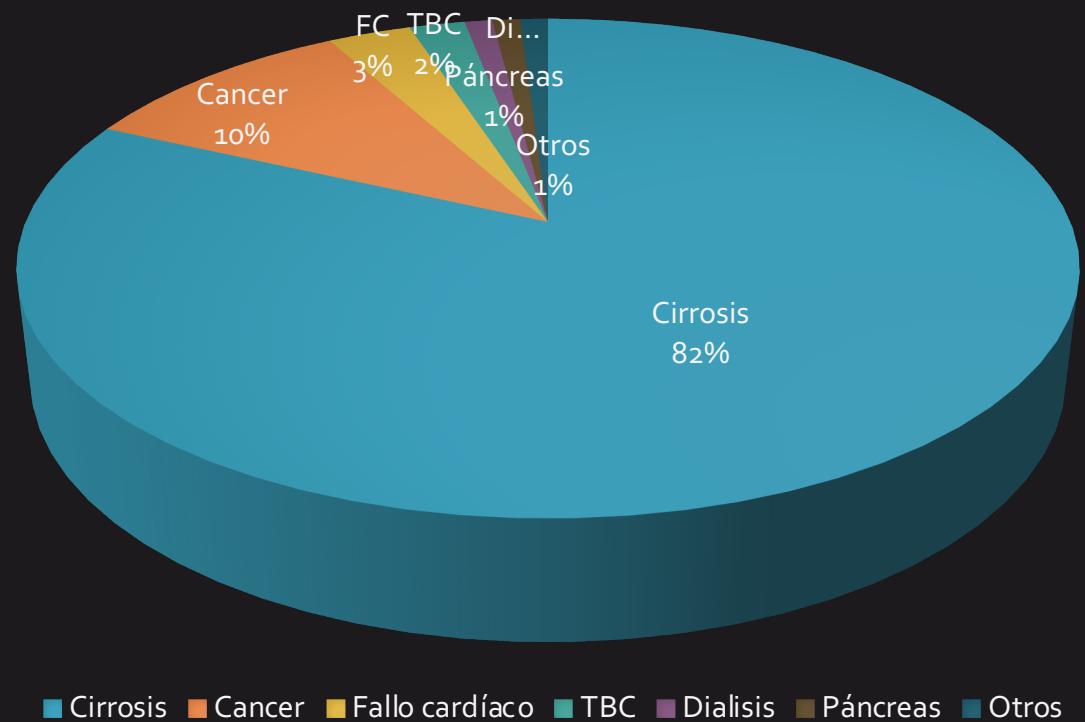
SOLICITA



- Recuento células, albúmina, proteínas, glucosa, LDH, amilasa, Br (si líquido naranja)
- Cultivo aerobio y anaerobio, gram

8g albúmina por cada litro extraído a partir de 3L evacuados

Causas ASCITIS



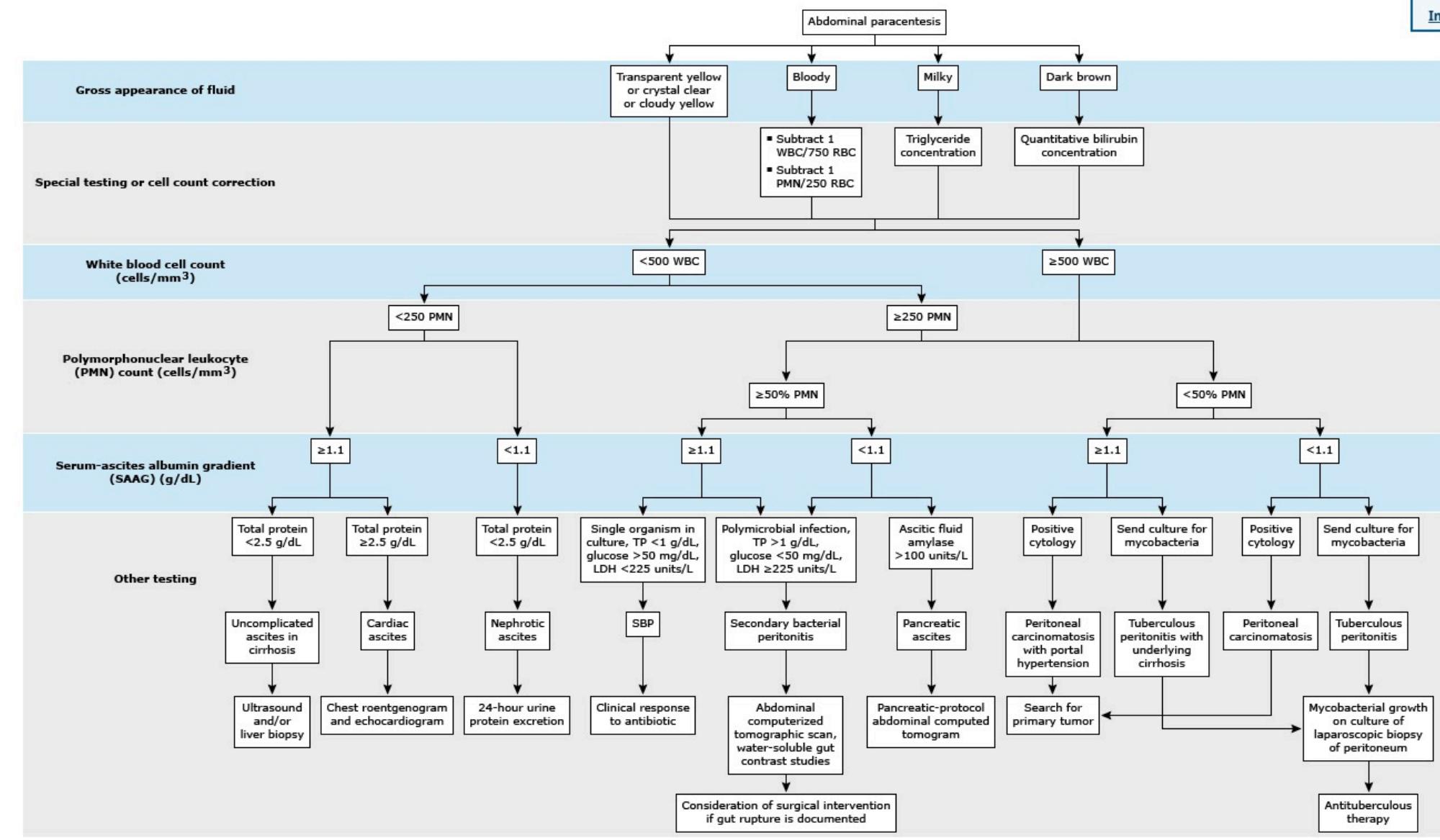
■ Cirrosis ■ Cancer ■ Fallo cardíaco ■ TBC ■ Dialisis ■ Páncreas ■ Otros

GSAA: 1'5-0'2= 1'3

6L Líquido ascítico CLARO

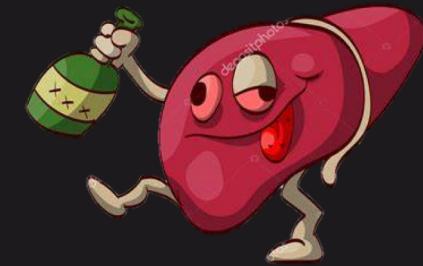
- Glucosa 140 mg/dl
- Proteínas <3
- Albúmina 0,2
- ADA 4
- Amilasa 6
- Colesterol 5
- TG 22
- Hematíes 205 cel/microL
- Leucos 170 cel/microL
- PMN i mononucleares no procede
- Gram y cultivo negativo
- Citología negativa

Differential diagnosis of ascites



ETIOLOGÍA CIRROSIS

- V~~X~~al: Serología: VHB, VHC, VIH, CMV, Sífilis, NEGATIVA
- Alcohólica: VCM normal, GGT aumentada, AST/ALT>2
- Hemoc~~X~~matosis: no alteración perfil férrico
- Hígado graso no alcohólico: esteatosis hepática
- Auto~~X~~mune: Ac mitocondriales, LKM-, AML-, IgG4 negativo



CUÁNDO SOSPECHAR CIRROSIS

SIGNOS

- PA baja
- Cutáneos: ictericia, arañas vasculares
- Abdomen: HMG, EMG, **ascitis**, cabeza medusa
- Ginecomastia, eritema palmar
- Hipogonadismo
- Asterixis



LABORATORIO

- Citopenias
- Elevación Br, AST, ALT, **FA**, GGT
- Alargamiento TP, INR
- **Hipoalbuminemia**
- Hiponatremia
- **Aumento globulinas**

- Pérdida peso
- Debilidad
- Ictericia
- Prurito
- Hemorragia GI
- S^a neurológica

SÍNTOMAS

VOLVIENDO AL CASO...

AngioRNM hepática: signos de **hepatopatía crónica** en contexto de esteatosis, sin lesiones focales sólidas. Porta y suprahepáticas permeables. VCI infrarrenal con defecto repleción que se extiende a ambas ilíacas comunes.

BIBLIOGRAFÍA

1. UpToDate. (2021). Retrieved 27 September 2021, from https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-adults-with-ascites?search=ascites&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
2. EASL Guidelines (2021), from https://easl.eu/publications/clinicalpracticeguidelines/?ec_filter_topics%5B%5D=93&ecf_search=ASCIT_ES&ecf_year=2019
3. UpToDate. (2021). Retrieved 27 September 2021, from https://www.uptodate.com/contents/pathogenesis-of-ascites-in-patients-with-cirrhosis?search=ascites&topicRef=1261&source=see_link
4. UpToDate. (2021). Retrieved 27 September 2021, from https://www.uptodate.com/contents/cirrhosis-in-adults-etiology-clinical-manifestations-and-diagnosis?source=history_widget
5. UpToDate. (2021). Retrieved 27 September 2021, from https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-causes-of-venous-thrombosis?source=history_widget
6. EASL guidelines 2021 from <https://easl.eu/wp-content/uploads/2021/06/EASL-Clinical-Practice-Guidelines-on-non-invasive-tests-for-evaluation-of-liver-disease-severity-and-prognosis-%E2%80%93-2021-update.pdf>

