DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

OCTUBRE 2023

Aitana Nebot Ariño Laura Abenza Barberà Propuesta del caso: Juan Monzó

ÍNDICE

1. Presentación del caso

- a. Motivo de consulta
- b. Exploración física
- c. Pruebas complementarias
- d. Evolución

2. Síntomas guía

- a. Ascitis
- b. Fallo hepático agudo

1. Conclusión

CASO CLÍNICO. ANTECEDENTES



Varón de 72 años



No alergias medicamentosas conocidas



Ex-fumador de 20 cigarrillos/día desde 2008 y bebedor de 2 UBE/día



Omeprazol, Metformina, Adiro 100, Ixia plus y hierro oral.



- Diabetes mellitus 2
- Hipertensión arterial
- Estudiado por dolor torácico con prueba de esfuerzo positiva por criterios ECG y RNM cardiaca de estrés negativa para isquemia.

CASO CLÍNICO. MOTIVO CONSULTA

Cuadro de aumento de su disnea basal hasta hacerse de mínimos esfuerzos de **15 días** de evolución que asocia **edema en miembros inferiores** y **aumento del perímetro abdominal** con **ganancia ponderal** de unos 12 kg.

Sin ortopnea, dolor torácico ni palpitaciones.







CASO CLÍNICO. EF y PPCC

Exploración física:

Consciente y orientado, normohidratado y normocoloreado.

ACP: normal

Abdomen distendido, matidez en flancos, sin masas ni visceromegalias.

MMII edema con fóvea hasta raíz de miembros.

Sin ingurgitación yugular ni estigmas de hepatopatía.





Analítica: Hemoglobina 12.5 g/dL, VCM 91.5 fL, Leucocitos 11.3 10*9/L, Neutrófilos 80.5 %, Linfocitos 10.3 %, Plaquetas 170 10*9/L, Glucosa 90 mg/dL, Sodio 138 mEq/L, Potasio 5 mEq/L, Cloro 101 mEq/L, Bilirrubina total 3.32 mg/dL, GPT 354 U/L, Urea 54 mg/dL, Creatinina 1.24 mg/dL, Amilasa 55 U/L, PCR 4,7 mg/dL.

Gasometría venosa: pH 7.33, pCO2 39 mmHg, HCO3a 20.6 mol/L, BEecf -5.3 mmol/L, Lactato 4.8 mmol/L.

Orina: Proteínas Positivo +++, Bilirrubina Positivo +, Urobilinógeno Positivo +, Cetónicos Indicios, Nitritos NEGATIVO, Hemoglobina Indicios. Sedimento: Leucocitos 5-10 por campo. Cilindros Hialinos Abundantes. Mucus Moderadas.

Ecografía abdominal: hígado de tamaño, morfología y ecoestructura normales. Porta de calibre normal, permeable. Sin dilatación de la vía biliar intra ni extrahepática. Vesícula no distendida y sin litiasis, sin signos de colecistitis aguda. Páncreas no visualizado por interposición de gas intestinal. Bazo de tamaño y morfología normales, con ecogenicidad homogénea. Riñones de tamaño y morfología normal con diferenciación corticomedular conservada. Sin lesiones focales ni ectasia de vías excretoras. Líquido libre perihepático, periesplénico y en mayor cantidad en FII. Vejiga vacía.

EVOLUCIÓN

Primeras 24 horas

- Se inicia tratamiento deplectivo
- Mejoría clínica

Analítica: Hemoglobina 11.9 g/dL con VCM normal, Leucocitos y Plaquetas normales, **Índice de Quick de 42%**, iones en rango, **Bilirrubina total 1.33 mg/dL**, **GOT 626 U/L**, **GPT 355 U/L**, **Fosfatasa alcalina 148 U/L**, **Gammaglutamil transferasa 261 U/L**, Urea 48 mg/dL, Creatinina 0.71 mg/dL, Ferritina 87 μg/L, Hierro 15 μg/L, IST 4.7 %, Proteínas 6.3 g/dL, Albúmina 3.1 g/dL, **Lactato deshidrogenasa 623 U/L**, Vitamina B12 1005 pg/mL, **Ag. Carbohidratado 125 385 UI/mL**, AFP 3.2 ng/mL. Serología VHC y VHB negativa (Ag superficie y Ac core negativos).

EVOLUCIÓN

A las 48 horas

- Deterioro clínico
 - Dolor centrotorácico opresivo, no irradiado, asociado a disnea y malestar generalizado con sudoración profusa.
 - o PA 114/83 mmHg, FC 144 lpm, SatO2 93% aa, FR 28 rpm, T 35.3°C y diuresis 475ml/24h.
 - ECG: taquicardia regular a 150 lpm con QRS estrecho.
- Se indica administración de 5 mg de bisoprolol vía oral.
- Se solicita analítica urgente que se demora.

- Obnubilación con agitación psicomotriz, apertura ocular a la llamada, no obedece órdenes ni emite lenguaje.
- Respiración agitada con uso de musculatura abdominal. Pupilas mióticas normorreactivas.
- ACP: taquicárdica. MVC sin estertores. Sin edema en mm.ii.

Analítica: hemoglobina normal, leucocitos 16.1 10*9/L, Neutrófilos 79.6 %, plaquetas 113 10*9/L, índice de Quick de 21 %, glucosa 35 mg/dl, iones en rango, Bilirrubina total 4.88 mg/dL, GPT 1352 U/L, Urea 92 mg/dL, Creatinina 2.90 mg/dL, Troponina I 60 ng/dL, PCR 10 mg/dl. Gasometría: pH 7.13, HCO3a 4.7 mmol/L y lactato >20 mmol/L.

EVOLUCIÓN

Traslado a UCI

¿Cúal sería tu diagnóstico diferencial?

¿Qué pruebas solicitarías para orientarlo?

¿Cúal sería tu diagnóstico más probable?

RESUMEN



72 años

HTA, DM2, bebedor 2 UBE/día, exfumador

- → Descompensación hidrópica
- → Fallo hepático agudo
 - **♦** Encefalopatía
 - Acidosis metabólica láctica
 - ◆ Hipoglucemia
 - ◆ Fallo renal





ASCITIS

DEFINICIÓN: Acumulación patológica de líquido ascítico en la cavidad peritoneal.

CLASIFICACIÓN: Gradiente de albúmina sérica-albúmina ascítica > 1.1 < 1.1 (GASA) Hipertensión Sin hipertensión portal portal Intrahepática Procesos peritoneales Extrahepática Procesos ginecológicos Procesos que cursan con hipoalbuminemia Miscelánea

ASCITIS

Hipertensión portal

Intrahepática /

- Cirrosis hepática (causa más frecuente)
- Metástasis hepáticas masivas/hepatocarcinoma
- Hepatitis aguda alcohólica
- Fallo hepático fulminante
- Enfermedad venooclusiva hepática
- Otras causas de HTP no cirrótica (p. ej., fibrosis portal idiopática)

Extrahepática

Insuficiencia cardíaca derecha y pericarditis constrictiva



• Trombosis/compresión de la vena porta







Paracentesis diagnóstica



Sin signos indirectos de HTP Ecodoppler hepático



Ecocardiografía



TAC Abdominal

ASCITIS

SIN hipertensión portal

• Procesos peritoneales

- Carcinomatosis peritoneal, mesotelioma primario multiquístico, pseudomixoma
- Infecciosos: peritonitis bacteriana, tuberculosa, fúngica, parasitaria (Strongyloides stercolaris, Toxocara spp.)
- Otros: gastroenteritis eosinofílica, peritonitis granulomatosa por almidón, serositis (lupus eritematoso sistémico, fiebre mediterránea familiar), enfermedad de Whipple, peritonitis granulomatosa (enfermedad de Crohn, sarcoidosis), amiloidosis
- Procesos ginecológicos
- Procesos que cursan con hipoalbuminemia: síndrome nefrótico, desnutrición prave, enteropatía pierde-proteínas
- **Miscelánea:** hepatopatía aguda alcohólica , mixedema, ascitis pancreática, ascitis quilosa/pseudoquilosa.



TAC Abdominal



Estudio autoinmunidad

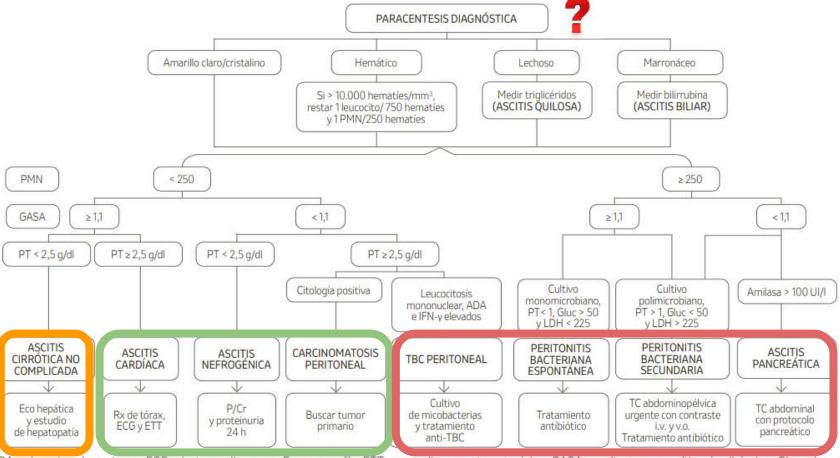


Proteinuria 24h



Albúmina

Amilasa



ADA: adenosina-desaminasa; ECG: electrocardiograma; Eco: ecografía; ETT: ecocardiograma transtorácico; GASA: gradiente seroascítico de albúmina; Gluc: glucosa IFN-y: interferón gamma; LDH: lactato deshidrogenasa; P/Cr: cociente proteínas/creatinina en la orina; PMN: polimorfonucleares; PT: proteínas totales; Rx: radiografía; TBC: tuberculosis; TC: tomografía computarizada.

DEFINICIÓN:



Daño hepático con alteración de su función síntesis (INR) y cambios en el estado mental



ETIOLOGÍA:











Diagnóstico

- Marcadores daño hepático: GPT, GOT, FA
- 2. Marcadores función hepática: Br, albúmina, Tiempo protrombina
- 3. Pruebas recomendadas:
 - Perfil autoinmunidad
 - Complemento
 - Proteinograma
 - Inmunoglobulinas
 - Perfil férrico
 - Alfa-antitripsina
 - Ceruloplasmina, celiaquía, hormonas tiroideas
 - Serologías: VHA, VHB, VHC, VHE, VIH, VHS, CMV, VEB







Complicaciones

Pulmonares:

- Distrés respiratorio
- Edema agudo de pulmón

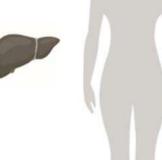


Hepáticas:

- Coagulopatía
- Hiperamonemia
- Lactacidosis
- Hipoglucemia
- Hipercatabolismo



- Fracaso renal
- · Hiperfosforemia
- Hiponatremia
- Hipopotasemia





Neurológicas:

- Edema cerebral
- Hipertensión intracraneal
- · Crisis comiciales



Médula ósea:

- Anemia
- Plaquetopenia



Hemodinámicas:

- Shock distributivo
- Insuficiencia cardíaca de alto gasto
- Arritmias



Infecciones:

- Bacterianas
- Fúngicas
- Asociadas a cuidados

FACTORES PRECIPITANTES

	N. Carlotte and Ca	
Elevación amonio en sangre	Hemorragia digestiva, infecciones PBE, alteraciones electrolíticas, estreñimiento, proteínas	
Deshidratación	Pérdidas digestivas, exceso diuréticos, hemorragia	
Tóxicos	BZD, alcohol, drogas	
Derivaciones portosistémicas	Shunts espontáneos, TIPS	
Oclusión vascular	Trombosis vv hepáticas, trombosis vena porta	
Neoplasias	Carcinoma hepatocelular	

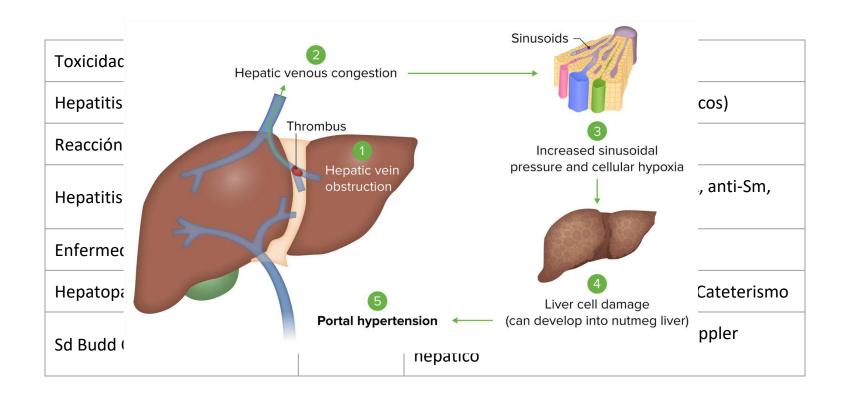
Pronóstico



Tasa de mortalidad 80% sin TPH. En caso de trasplante supervivencia 70-80%

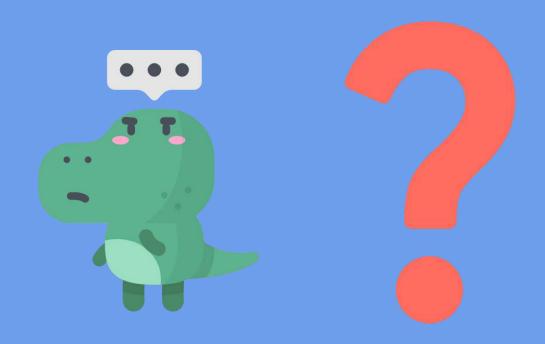
- Cualquier grado encefalopatía hepática
- Fallos orgánicos extrahepáticos (renal)
- INR mayor 2'5, niveles bilirrubina, lactacidemia e hipofosforemia
- Descenso transaminasas o disminución del tamaño hepático

Causas



Causas

Síndrome HELLP	*	Mujeres embarazadas
Infiltración maligna	_	TAC TAP.
Daño por toxinas		Tóxicos en orina
Sepsis	\leftrightarrow	No fiebre, leucocitosis leve, PCR. Procalcitonina
Infarto agudo miocardio		Nuevas tropos. ETT. Coronariografía
Sd hemofagocítico	*	Ferritina normal, no citopenias ni fiebre ni megalias, falta desencadenante





Signos hipoperfusión. Cronología

No clínica, ni analítica sugestiva

Subyacente. Carcinomatosis?

No antecedente

Diuréticos, betabloqueantes

No antecedentes previos

Hepatitis autoinmune.

No antecedentes

No clínica, ni analítica sugestiva

PATOLOGÍA ISQUÉMICA HEPÁTICA



Hepatitis isquémica





Sª del cuadro desencadenante



Transas y LDH

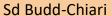
Ratio GPT/LDH<1'5 Br <4xLSN, FA ascenso leve



Doppler hepático



Tto del desencadenante



Obstrucción VSH Hipercoagulabilidad

Dolor+ascitis+HMG Sangrado variceal

Transas y bilirrubina Ascitis con GASA>1'1 Trombofilia

Doppler hepático +/angioTC

ACO, medidas para HTP

QUÉ SOLICITAMOS

- Autoinmunidad, Ig, serologías VEB, CMV



- Ecocardiograma/ETE
- Eco doppler hepático
- AngioTAC
- TAC TAP



CONCLUSIÓN

AUTOINMUNIDAD

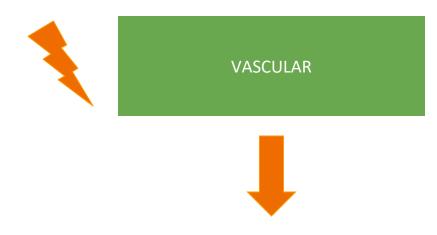
VASCULAR

NEOPLASIA

MAÑANA CUANDO VUELVA EL DR MONZÓ YA LE PREGUNTÁIS

CONCLUSIÓN

PROCESO NEOPLÁSICO DE BASE CON AFECTACIÓN HEPÁTICA



FALLO HEPÁTICO AGUDO CON AFECTACIÓN MULTIORGÁNICA