

EJEMPLO DE CASO DISCUSION.- PROBLEMA.

PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL.

Beatriz Perez Sanz (MAP C.S Azpilagaña); Maria Pardo Fernandez (Medico de Familia , residencia Amma Agaray)

Mujer de 70 años que como único antecedente de especial interés destaca un hábito enólico moderado (medio litro vino al día) y elevación de transaminasas en estudio.

La paciente que ha estado en tratamiento por su cuenta con suero oral tras un cuadro de náuseas, vómitos y deposiciones líquidas acude a la consulta por persistencia de las náuseas, sensación de hinchazón abdominal y plenitud tras la ingesta.

En la exploración presenta: fetor enólico, TA: 142/73, Fc.: 80 l.p.m, ACP: rítmico sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: distendido con circulación colateral, no se palpa masas ni megalias. Extremidades inferiores: no signos de TVP ni edemas. No ingurgitación yugular.

Se le realiza analítica obteniéndose los siguientes resultados patológicos: hemograma: vsg 23, FA: 138, AST: 113, ALA: 35, GGT: 131, BT: 5.18, BD: 2.28.

¿Cuál es su sospecha diagnóstica?

Algunas patologías que forman parte del aumento de las transaminasas:

- Hepatitis aguda
- Litiasis biliar
- Alteraciones por viriasis
- Reacción medicamentosa
- Hepatitis crónica
- Cirrosis hepática
- Obesidad
- Hiperlipemia
- Diabetes Mellitus

En una hepatitis aguda objetivaríamos datos epidemiológicos que nos hiciesen sospechar un posible contagio como puede ser el consumo de drogas por vía parenteral, promiscuidad, transfusiones de sangre. En la analítica se observarían valores de transaminasas por encima de 10 veces su valor de referencia.

Las litiasis biliares se acompañarían de clínica digestiva (dolor hipocondrio derecho, dispepsia), se observará un aumento de la GGT y Fosfatasa alcalina.

En las hepatopatías medicamentosas, por alteración vírica, hepatitis crónica y cirrosis hepática el nivel de aumento de transaminasas es inferior a 10 veces el valor normal, y la historia clínica del paciente nos orientará a las diferentes etiologías.

La obesidad, hiperlipemia, y diabetes Mellitus pueden producir aumento de las transaminasas inferior a 2 veces los valores de referencia.

¿Qué otras exploraciones realizaría?

- Exploración física más completa
- Ecografía abdominal
- Colonoscopia
- Remitiría a digestivo para estudio.
- Analítica de sangre con serologías, anticuerpos.

El diagnóstico de ascitis se realiza con una combinación de examen físico y prueba de imagen, generalmente la ecografía abdominal. Se ha visto que la exploración física tiene una sensibilidad del 50 al 94% y una especificidad del 29-82% en estudios en que se compara los hallazgos físicos con el estudio ecográfico.

como gold estandard.

En la exploración física objetivaremos, los siguientes datos:

Abdomen distendido con flancos abultados, difícil distinguir en paciente obesos.

Matidez desplazable en flancos, es el signo más sensible de todos. Debe existir más de 1500ml.

Oleada ascítica.

Visceromegalias, aunque la palpación de éstas en un abdomen muy distendido es difícil por lo que es recomendable buscar el signo del “témpano” que consiste en deprimir brusca y alternativamente los hipocondrios derecho e izquierdo percibiendo de existir hepatomegalia o esplenomegalia el choque del hígado y/o bazo con palma de mano exploradora.

A nuestra paciente se le solicitó una ecografía abdominal ante la sospecha diagnóstica de ascitis debido a hepatopatía alcohólica. Siendo informada como: ascitis importante con hígado cirrótico.

¿Qué datos de la exploración física nos orientan a la etiología de la ascitis?

Los signos físicos que denoten la causa de la ascitis

- Estigmas cutáneos (eritema palmar, arañas vasculares, retracción palmar de Dupuytren) que aparecen en la etiología alcohólica.
- Signos de hipogonadismo (ausencia vello axilar o pubiano, atrofia testicular, ginecomastia.)
- Hiperpigmentación cutánea, que aparece en las hemocromatosis.
- Anillo de Kayser- Fleischer, en la enfermedad de Wilson.
- Xantomas, xantelasmas en esteatosis hepáticas.
- Soplo en hipocondrio derecho, sugestivo de hepatocarcinoma.
- Flapping.
- Hematoma, equimosis, gingivorragias, epistaxis.
- Nódulo umbilical (nódulo de la madre María José) evidencia un cáncer como causa de ascitis, los cuales pueden ser gástrico, colon, hepático o linfoma generalmente.

¿Qué harías ante estos hallazgos?.

- Derivar a urgencias.
- Derivar a consulta de digestivo
- Dar hidrosaluretil
- Dar seguril
- Dar espironolactona
- Paracentesis evacuadora.

Ante un paciente con una ascitis deberemos realizar reposo en cama, evitar ingesta de alcohol, restricción de líquidos (1 litro/día), dieta pobre en sodio, habrá que realizar un seguimiento del peso y diuresis diario para evitar pérdidas superiores a 0.5 Kg. diario excepto en presencia de edemas donde las pérdidas pueden ser superiores.

A los 3- 5 días, si el paciente ha conseguido una pérdida superior a 1 Kg. mantendremos el tratamiento pero en el caso de que la pérdida sea inferior a 1Kg deberemos intensificar las medidas administrando espironolactona 100 mg al día v.o, tendremos que volver a valorar nuevamente a los 3-5 días siguientes, si pérdida es mayor de 1 Kg. mantendremos el tratamiento con la espironolactona en caso contrario deberemos aumentar la dosis de espironolactona siendo la dosis máxima de 400 mg al día o añadir furosemida a dosis de 40 mg/ día incrementable en caso de respuesta refractaria hasta una dosis máxima de 160 mg/día v.o .

La paracentesis se realizará en caso de que exista una duda diagnóstica.

Ante el buen estado de la paciente y la sospecha de cirrosis alcohólica ya que presenta GOT/GPT >2 con aumento de la GGT, la cual es proporcional al consumo de alcohol,

Se instauró tratamiento con espironolactona 100mg al día vía oral, se explico medidas higiene-dietéticas mencionadas anteriormente y se derivó de carácter preferente a la consulta de Digestivo para completar el estudio. . A los 7 días presentaba una mejoría ascítica con un abdomen blando y mejoría subjetiva de la clínica. Actualmente la paciente se encuentra en estudio de su cirrosis por el servicio de Digestivo.