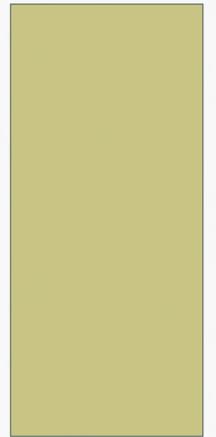


TALLERES INTEGRADOS III

NINA GIL BELDA. CASO 2



MOTIVO DE CONSULTA

Varón de 71 años que acude por MEG.

ANTECEDENTES PERSONALES

- NO RAMc, HTA, No DM, DLP
- Exfumador
- Cardiopatía isquémica crónica. IAM anterior (enero 2004), portador de ACTP y stent. IAM inferior (febrero 2004). Bypass coronario (abril 2005)
- **Cirrosis hepática criptogénica** (de causa no conocida). **Hipertensión portal. Varices esofágicas grado III. Hepatocarcinoma.**
- Quimioembolización (febrero 2010)
- Ingreso en NER-MIN por cuadro confusional (2005)
- Neuralgia postherpética en remisión
- Esferocitosis
- Intervenciones quirúrgicas: colecistectomía, esplenectomía, bypass coronario.

■ Tratamiento habitual: atorvastatina, ácido acetilsalicílico, ácido fólico, omeprazol, carvedilol, espironolactona, lactulosa, furosemida.

ENFERMEDAD ACTUAL

Varón de 71 años que ingresa en marzo para la realización de quimioembolización en la unidad hepática, tras la misma desarrolla clínica de encefalopatía hepática en ausencia de foco infeccioso u otro desencadenante. Tras mejoría se le da el alta. Tres días después, vuelve a urgencias traído por su mujer, refiriendo que desde el alta se ha negado a comer sólido, levantarse, además de presentar alteración del comportamiento mostrándose más agresivo y agitado.

No se acompaña de cuadro infeccioso ni fiebre. Temblor de manos de larga evolución.

EXPLORACIÓN FÍSICA

-Consciente, tendencia al sueño con leve disminución del nivel de conciencia aunque responde a estímulo verbal y doloroso.

-Desorientado en tiempo aunque orientado en persona y espacio. Poco colaborador.

-Eupneico aire ambiente. Normohidratado, normoperfundido.

- Ictericia cutánea y conjuntival.

TA: 126/75. Tª36,9. FC:78

AC: rítmica, soplo sistólico.

AP: MVC con crepitantes discretos en base derecha.

Abd: RHA+, distendido, impresiona de ascitis no a tensión. Blando y depresible aunque muy doloroso de forma difusa, sin irritación ni defensa.

Neurológica: pupilas isocóricas y normorreactivas. PPCC normales. Fuerza en MMSS 3/5 y en MMII 4/5. Sensibilidad conservada. Reflejos rotulianos presentes. No se puede explorar la marcha.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- **Analítica sanguínea:** Cr: 2,04 mg/dl; FG: 31,63 ml/min; urea 76mg/dl; **BT 4,79 mg/dl; BD 2,64 mg/dl; BI 2,15 mg/dl;** GOT 47; GPT 33; PCR 2,05mg/dl; osmolalidad 286 mosm/kg; índice sérico de hemolisis 10
- **Análisis líquido ascítico:** Glucosa 91mg/dl; proteínas 1,4 g/dl; células: eritrocitos 6440/ μ l, leucocitos 68/ μ L, (monocucleares 86%polimorfonucleares 14%)
- **Rx tórax:** ICT>0,5. SCF derecho pinzado. No consolidaciones ni infiltraciones

EVOLUCION:

Se le realiza paracentesis diagnóstica, obteniendo líquido serohemático.

Mala evolución de encefalopatía hepática y en ausencia de claro foco desencadenante, se decide ingreso en unidad hepática.

Se le realiza TC abdomino- pélvico:

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

TC abdomino-pélvico



TC ABDOMINOPELVICO con contraste IV en fase arterial y portal tardía:

- Se identifica una imagen hiperdensa de unos 7 cm de diámetro transversal sugestiva de corresponder a un coágulo en contacto con la pared abdominal anterior en el que se identifica extravasación activa del contraste endovenoso con origen en la arteria epigástrica inferior izquierda (complicación de la paracentesis).
- Importante cantidad de ascitis.
- Pequeño derrame pleural bilateral.
- Hígado de pequeño tamaño y contorno discretamente lobulado en relación con hepatopatía crónica. Zona hipodensa de unos 4.5 cm de diámetro en el lóbulo hepático izquierdo en relación con cambios postquimiembolización de hepatocarcinoma conocido.
- Cardiomegalia.
- Placas de ateroma calcificadas en territorio aortoiliaco.

DIAGNÓSTICO

Cirrosis hepática con ascitis. Encefalopatía hepática.