

Caso Clínico

Diagnóstico a primera vista

Miriam Rubio Rodríguez

Exp: 258



Motivo de consulta: indigente cirrótico es traído por la policía por empeoramiento del estado general

AP: No RAMc, HTA, no DM, ingresó en Digestivo en febrero de 2013 esteatohepatitis alcohólica y gastritis eritematosa. No acudió a revisión

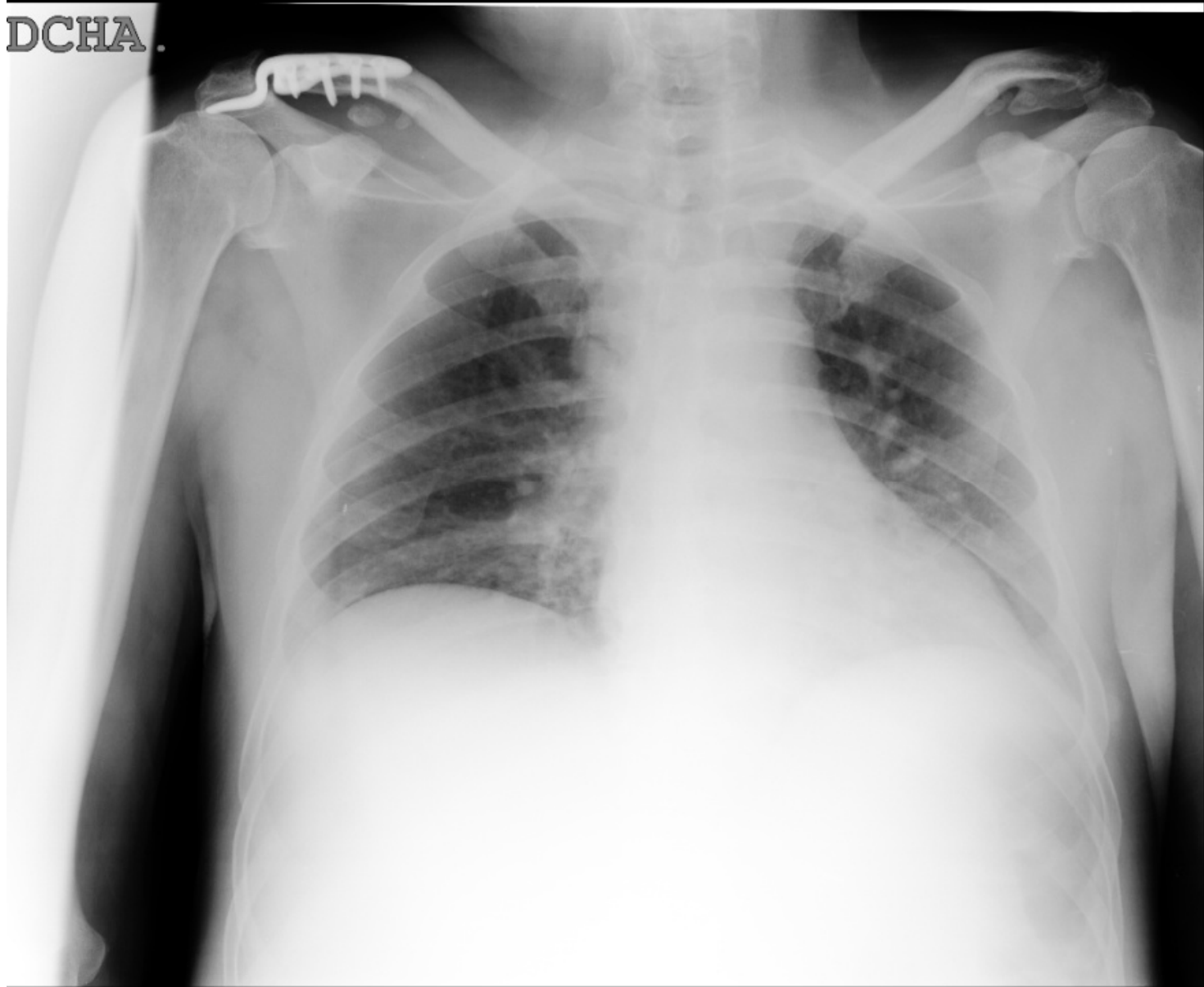
Enf actual: dolor en MMII y debilidad con parestesias de varias semanas de evolución que le llevan a caerse y golpearse la cabeza



Exploración Física: 37,5°C, sospecha de encefalopatía, no flapping, temblor fino distal, ictericia conjuntival, abdomen circulación colateral, ascitis moderada, hepatomegalia

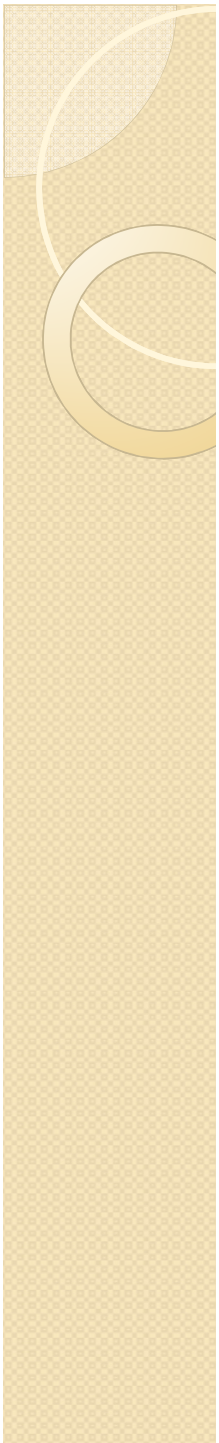
Pruebas complementarias: Rx tórax: no hay condensaciones neumónicas, cambios postquirúrgicos en tercio externo de la clavícula derecha. Cambios degenerativos en articulación acromioclavicular izq.

DCHA.





TAC abdomino-pélvico: Hígado aumentado de atenuación heterogénea en relación con hepatopatía crónica de base. No se aprecian claras lesiones focales. Ramas portales permeables. Ascitis multicompartimental. No hemoperitoneo. Vesícula, vía biliar, páncreas, riñones normales.





Diagnóstico principal:

Cirrosis hepática enólica.

Tratamiento:

Pregabalina 25 mg por la noche

Emportal sobres 1-1-1

Enema de duphalac

Ceftriaxona 2g

Tiaprida 1/6h

Espironolactona 100 1/24 hr vo

Hidroxil B1, B6, B12 1/24hr vo