



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 264/113 - LO QUE ESCONDE EL MAREÍLLO

L. Lozano Romero<sup>a</sup>, M. Benítez Rodríguez<sup>b</sup>, A. Ocaña Granados<sup>a</sup>, J. Montero López<sup>a</sup>, J. Jurado Ordóñez<sup>a</sup> y S. Pueyos Rodríguez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril-San Antonio. Granada. <sup>b</sup>Médico de Urgencias. Hospital Básico Santa Ana. Motril. Granada. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Motril-Centro. Granada.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 49 años con obesidad mórbida sin otras patologías conocidas, con patrón de consumo de alcohol de riesgo, sin tratamiento habitual y pocas visitas a su médico de atención primaria, es atendido en su domicilio por síncope. Es encontrado tendido en el suelo inconsciente con sudoración profusa, taquipneico, hipotenso y quejándose de dolor lumbar bilateral tras recuperar la conciencia, se realiza anamnesis, exploración, toma de constantes y tratamiento inicial con sueroterapia y analgesia y se traslada a servicio de urgencias hospitalario para realizar pruebas complementarias.

**Exploración y pruebas complementarias:** El paciente es atendido en el servicio de urgencias con inestabilidad hemodinámica con tensión arterial 60/40 mmHg y frecuencia cardiaca de 113 lpm. A la exploración física presenta mal estado general, palidez cutánea, mala perfusión distal, taquipnea en reposo de 30 rpm. Afebril. Auscultación cardiorespiratoria con tonos rítmicos sin soplos audibles, MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen muy globuloso, con circulación colateral superficial, dolor generalizado, sin signos de defensa ni peritonismo. Miembros inferiores sin edemas, no signos de trombosis venosa profunda y pulsos distales difícilmente palpables. Se realiza analítica con Hb 12 g, coagulopatía moderada, tiempo de protombina 40%, plaquetas 200.000 y en la bioquímica Cr de 1,3. Electrocardiograma con taquicardia sinusal, eje normal, sin trastornos de conducción ni signos de isquemia aguda. Radiografía de tórax sin alteraciones y TAC de abdomen con contraste intravenoso: se visualiza importante hemoperitoneo con extravasación de contraste a nivel de neoformación arterio-venosa supravesical por lo que el paciente es intervenido de forma urgente previa estabilización con administración de sueroterapia y transfusión de hematíes. Durante la intervención se objetiva presencia de vasos aberrantes secundarios a hipertensión portal a lo largo de todo el panículo adiposo, peritoneo parietal, epiplón y mesenterio, hemoperitoneo de > 4 litros, hígado cirrótico micronodular y esplenomegalia moderada.

**Juicio clínico:** Hemoperitoneo secundario a hipertensión portal no conocida y cirrosis hepática micronodular no conocida.

**Diagnóstico diferencial:** Rotura de aneurisma, disección aórtica, perforación de víscera hueca.

**Comentario final:** El paciente pasa a seguimiento por digestivo que establece un diagnóstico de

cirrosis hepática de origen enólico Child-Pugh B7 y por su médico de atención primaria. Es importante desde atención primaria realizar una intervención tanto en el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol como un abordaje de la obesidad como tratamiento preventivo.

## **Bibliografía**

1. Shen W-K, Sheldon RS, Benditt DG, et al. 2017 ACC/AHA/HRS Guideline for the Evaluation and Management of Patients With Syncope. *Journal of the American College of Cardiology*. 2017; doi: 10.1016/j.jacc.2017.03.003.
2. Sagristá J. Abordaje diagnóstico y terapéutico del síncope en urgencias. *Emergencias*. 2007;19:273-82.
3. Grupo Nacional de Shock de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias. Actualización del manejo del paciente en shock III. Bubok Publishing S.L, 2014.
4. Alted E, Hernández G, Toral D, Resucitación en pacientes con shock. Reposición de volumen en el shock. *Emergencias*. 2004;16:S20-S27.