



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 482/1000 - DOCTORA, ESTA BARRIGA NO ES MÍA

D. Argüeso Troule<sup>1</sup>, C. Cobo Orovio<sup>2</sup> y C. García Rivero<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria.

<sup>2</sup>Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja Cabuérniga. Cabezón de la Sal. Cantabria. <sup>3</sup>Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 94 años IABVD. AP: HTA. DLP. Hipotiroidismo. IQ: colecistectomía (2008). NAMC EA: Acude a consulta de AP por sensación de distensión abdominal de meses de evolución a la que se ha asociado en los últimos 3-4 días dolor constante en hipocondrio derecho, tos seca y edemas en ambas piernas. Niega náuseas, vómitos ni alteración del ritmo intestinal. Tampoco refiere disnea.

**Exploración y pruebas complementarias:** T<sup>a</sup>: 37 °C. TA: 109/99. Sat O<sub>2</sub> basal: 93%. BEG. Constitución delgada. CyO x3. NH y NP. Eupneica. Tos seca. No IY. AC: rítmica sin soplos. AP: crepitantes bibasales y sibilantes espiratorios generalizados Abdomen: distendido, endurecido pero depresible. Se palpa masa dura dolorosa en hipocondrio derecho. RRHH presentes. No signos de irritación peritoneal. EEII: edemas con fovea hasta rodillas sin datos de TVP. En analítica sanguínea (no se disponía de analíticas previas desde hace 2 años): glucosa 140, urea 161, Cr 2,02, FG 21, sodio 145, GPT, amilasa y Bi total normales, NT-Pro-BNP 1.592. HG normal Rx tórax: normal. Ecografía abdominal: hígado aumentado de tamaño que presenta varias imágenes nodulares de gran tamaño en LHD en relación con LOE. Abundante cantidad de líquido libre intraabdominal.

**Orientación diagnóstica:** Se pone de manifiesto la importancia de la exploración clínica y cómo nos orienta cual es la prueba complementaria más adecuada y la velocidad con la que la necesitamos. La palpación de una masa pétreo dolorosa asociada a los datos de congestión en una paciente añosa que con buena calidad de vida nos obligaron a priorizar la ecografía abdominal (con carácter preferente).

**Diagnóstico diferencial:** Respecto a la patología abdominal: la principal hipótesis diagnóstica era un origen maligno. Como alternativas se barajó un origen infeccioso (absceso) aunque mucho menos probable. La duda razonable se planteó a nivel respiratorio: 1. Compresión torácica de origen subdiaphragmático. 2. Asociación con insuficiencia cardíaca.

**Comentario final:** Debemos dejarnos guiar por la exploración clínica para elegir las pruebas complementarias. Se realizó ecografía abdominal y se pudo derivar para ampliar estudio con poco tiempo de espera.

## **Bibliografía**

1. Thyagarajan MS, Sharif K. Space Occupying Lesions in the Liver. Indian J Pediatr. 2016;83(11);1291-302.

**Palabras clave:** Ascitis. LOE. Insuficiencia cardiaca.