



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/3396 - MASA ABDOMINAL GIGANTE

L. Liarte Legaz^a, F. Box Laveda^b, M. Anquita Tirado^c e I. Morales Marín^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco Este. Torre Pacheco. Murcia. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Diego. Lorca. Murcia. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco Oeste. Torre Pacheco. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Fumadora de 2 p/d y cannabis. Ex-consumidora de cocaína inhalada. Carcinoma epidermoide G1 infiltrante. Infección por VIH estadio C3. Neumonía por *Pneumocystis jirovecii*. Candidiasis orofaríngea. Cirugías: vulvectomía radical con linfadenectomía inguinal bilateral + exéresis de condilomas perianales. Tratamiento: Epivir, Rezolsta, Tivicay y septrin (L,X,V). Mujer de 30 años que presenta anemia (Hb 7.5), junto con aumento del perímetro abdominal y zona indurada no dolorosa en hipocondrio-flanco izquierdo.

Exploración y pruebas complementarias: ORL: absceso peridental en paladar duro secundario a falta de piezas dentales y boca séptica. AC: Rítmica y sin soplos. AP: Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando. Hepatomegalia de unos 2 traveses de dedo, levemente dolorosa. Esplenomegalia gigante levemente dolorosa a la palpación. EEII: edemas duros en MID. Analítica: Gluc: 96. Urea: 48. Creatinina: 1. Na: 136. K: 4.3. GOT: 16. GPT: 3. GGT: 16. FA: 80. LDH: 170. PCR: 1.8. VSG: 59. Hierro 26. Ferritina 91. Transferrina 210. Sat trans 9.6%. Proteinograma: Hipergammaglobulinemia. Inmunoglobulinas: IgA 363 mg/dL. IgG 4.238 mg/dL. IgM 2.169 mg/dL. IgE 683,8 UI/mL. Hb: 6,9. Hto: 21%. VCM: 75. Plaquetas: 122.000. Leucocitos: 3.050 (64%N, 29%L). Morfología de sangre periférica: Anemia microcítica. Se observa intenso fenómeno de Rouleaux eritrocitario secundario a la hipergammaglobulinemia. Rx tórax: aumento de trama intersticial en bases. Médula ósea: numerosas formas intra y extracelulares de amastigote y promastigote de leishmania. TC cuello-tórax-abdomen-pelvis: colección hipodensa en porción izquierda del paladar (quiste periapical complicado). Micronódulos pulmonares bilaterales aleatorios de predominio periférico, dos nódulos de 0,87 cm y 0,67 cm en III, inespecíficos. Hepatoesplenomegalia gigante. Adenopatías cervicales, torácicas y abdomino-pélvicas, las mayores mesentéricas.

Orientación diagnóstica: Leishmaniasis visceral.

Diagnóstico diferencial: Tuberculosis miliar, brucellosis, salmonelosis, esquistosomiasis, linfomas, paludismo, histoplasmosis.

Comentario final: Leishmaniasis visceral causada por protozoo parásito del género *Leishmania*. Se transmite por picadura de flebotomos hembra infectados. Se caracteriza por episodios irregulares de fiebre, pérdida de peso, hepatoesplenomegalia y anemia. Las personas coinfectadas por *Leishmania*

y VIH tienen grandes probabilidades de padecer la forma florida de la enfermedad y elevadas tasas de recidiva y mortalidad. El tratamiento antirretroviral reduce la progresión de la enfermedad, retrasa las recidivas y aumenta la supervivencia de los pacientes infectados.

Bibliografía

1. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs375/es/>

Palabras clave: Anemia. Hepatoesplenomegalia. Leishmaniasis.