

Caso clínico

Mujer con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y dolor abdominal

Esther Minguela Puras, María García Amaro, Raquel García Hernández, Catalina Valcárcel Sierra

Centro de Salud Valle de la Oliva. Majadahonda (Madrid)

Mujer de 82 años de edad, con antecedentes de madre con carcinoma de colon y padre con cardiopatía isquémica no precoz.

Exprofesora de idiomas, tiene antecedentes personales de:

- Carcinoma de mama derecha tratada con mastectomía y linfadenectomía hace 17 años y tratamiento hormonal con tamoxifeno y aromasil hasta hace 10 años. Revisada anualmente por Oncología, se encuentra en remisión.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica moderada, fenotipo enfisema no agudizador con grado 3 de disnea, según clasificación MRC.
- Hipertensión pulmonar (45 mmHg).
- Cor pulmonale.
- Fibrilación auricular permanente anticoagulada con acenocumarol.
- Degeneración macular.
- Enfermedad arterial periférica.

Hábitos tóxicos: tabaquismo activo de 30 paquetes/año; reconoce tomar 1 vaso de vino en la comida y un whisky por la noche todos los días.

No tiene otros antecedentes médicos, ni quirúrgicos de interés.

Está en tratamiento con enalapril (5 mg/12 horas), digoxina (0,125 mg/24 horas), carvedilol (50 mg/24 horas), furosemida (medio comprimido cada 12 horas), potasio (1 comprimido/48 horas), acenocumarol según pauta (CHADS VASC2: 5), umeclidinio 55/vilanterol 22 (1 inhalación/24 horas) y salbutamol inhalador a demanda.

La paciente acude a consulta para control de INR. Refiere molestias abdominales intermitentes, de varios meses de evolución, en el hemiabdomen izquierdo; apetito conservado y sin acompañarse de síndrome constitucional ni fiebre. Presenta ocasionalmente estreñimiento sin cambio en la coloración de las heces, ni se acompañan de productos patológicos, así como tampoco refiere síntomas génito-urinarios.

Durante la exploración física presenta presión arte-

rial 120/70 mmHg, peso 44 kg, talla 165 cm (IMC 16), saturación de oxígeno 94 %; buen estado general sin signos de gravedad, hábito asténico, coloración normal de piel y mucosas sin estigmas etílicos; ligeramente taquipneica con tiraje intercostal; auscultación cardiaca: arritmica con soplo diastólico grado II en el foco aórtico y respuesta ventricular media; auscultación pulmonar: disminución generalizada del murmullo vesicular; abdomen: se palpa una hepatomegalia de dos traveses de dedo, no dolorosa, sin oleada ascítica, sin soplos, con ruidos hidroaéreos presentes, sin signos de irritación peritoneal ni esplenomegalia; no presenta edemas en las extremidades inferiores.

Ante este hallazgo abdominal, se procede a realizar una exploración ecográfica. Se observa un leve aumento del tamaño hepático a expensas de lóbulo derecho, con morfología y ecoestructura homogénea; lesión hipocóica en el lóbulo izquierdo de 13 mm, sugestiva de quiste simple; vena porta normal; dilatación de las venas suprahepáticas y de la vena cava intrahepática, que permanecen permeables, aunque el diámetro de esta última varía poco con los movimientos respiratorios (imagen 1); no presenta ascitis; aorta, páncreas, vía biliar, bazo y riñones sin hallazgos.



Imagen 1. Venas suprahepáticas dilatadas.

Se completa el estudio con las siguientes exploraciones complementarias:

- Análítica general: trombocitopenia leve (135.000), VCM 97,4 HCM 33,3, GGT 133, NTproBNP 6.105, tiempo de protrombina 28,2 seg, TTPA 48,1 seg, INR 3,01, IgA 527; resto de las series hematológicas, LDH, proteinograma, bioquímica con perfil renal, hepático, lipídico, TSH, ceruloplasmina y sistemático de orina dentro de la normalidad; serologías para VHB, VHC

- CMV, VEB, VIH y VHA negativos; CEA, alfafetoproteína, anticuerpos antimitocondriales y ANA negativos.
- Sangre oculta en heces negativa.
- Espirometría forzada con test broncodilatador negativo; capacidad vital forzada 2,19 (98 %); FEV1 1,18 (65 %); FEV1/FVC 54.
- Electrocardiograma: fibrilación auricular a 75 lpm, eje izquierdo.
- Radiografía de tórax: hiperinsuflación pulmonar, aumento de tamaño del cono de la pulmonar y de los hilos pulmonares, compatible con hipertensión pulmonar; cardiomegalia y ateromatosis calcificada.

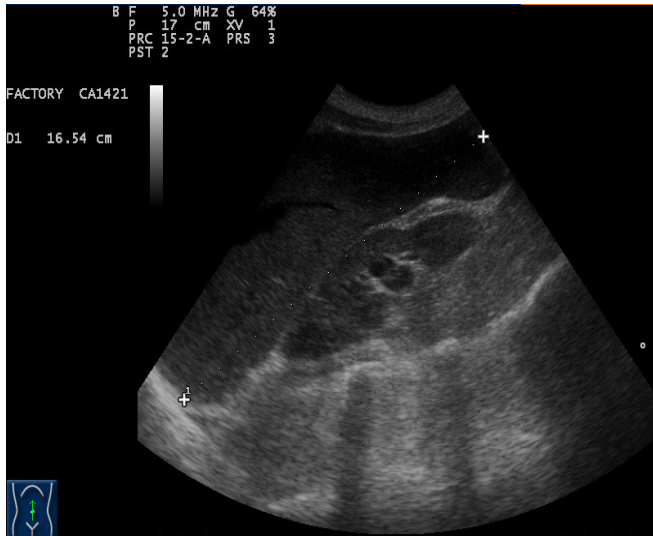


Imagen 2. Discreta hepatomegalia a expensas del lóbulo derecho.

El juicio clínico es de hepatopatía por estasis venosa secundaria a cor pulmonale o derivada del consumo crónico de alcohol.

Se le aconseja e informa de la idoneidad de abandonar o disminuir los hábitos tóxicos (grado de recomendación A), ya que el consumo perpetuado de tabaco y alcohol se asocia con la progresión de la enfermedad. Se controla muy estrechamente a la paciente, dado el elevado riesgo de sangrado que tiene (HAS-BLED 5). Se contacta con el Servicio de Digestivo mediante teleconsulta para que procedan a estudio de la paciente, que permanece asintomática con alteración de pruebas hepáticas y leve hepatomegalia.

Se la cita en las consultas externas a los 15 días. Allí se efectúa una nueva analítica general, cuyos resultados son similares a los de la anterior.

Se efectúa además:

- Ecografía abdominal con elastografía: se confirma la discreta hepatomegalia a expensas del lóbulo hepático derecho; dilatación de las venas suprahepáticas secundaria a aumento de resistencias del ventrículo derecho; vesícula con focos de adenomiosomatosis; índice de resistencia de la arteria hepática elevado; mínima cantidad de líquido ascítico perihepático con elastografía hepática correspondiente a estadio F4.
- Colonoscopia: múltiples pólipos planos y sésiles menores de 5 mm, sugestivos de adenomas y pólipos hiperplásicos.

- Endoscopia digestiva alta sin hallazgos patológicos.

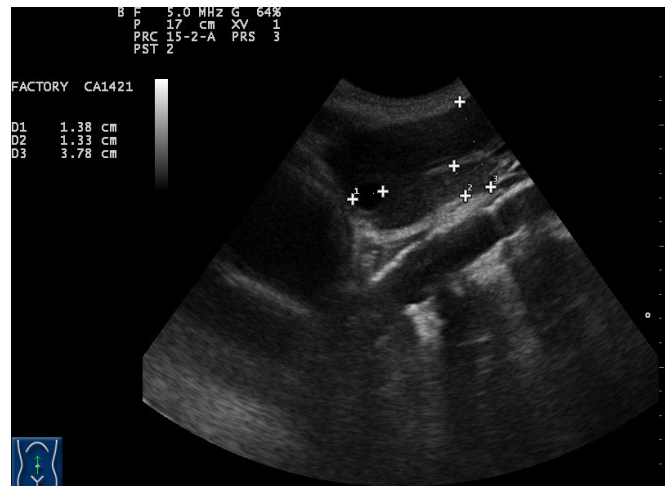


Imagen 3. Lesión hipoeoica en el lóbulo izquierdo, de 13 mm, sugestiva de quiste simple.

A su vez el Servicio de Digestivo solicita a Cardiología valoración de la paciente para completar el estudio.

Se realiza una exploración ecocardiográfica, en la que se observa polivalvulopatía degenerativa: insuficiencia aórtica moderada, insuficiencia mitral moderada-grave e insuficiencia tricuspídea moderada; tamaño y función sistólica biventricular conservada; aurícula izquierda moderadamente dilatada; aurícula derecha gravemente dilatada; hipertensión pulmonar en torno a 55-60 mmHg; vena cava inferior dilatada con variación respiratoria disminuida.

El juicio clínico es de insuficiencia cardiaca congestiva con función ventricular conservada; insuficiencia aórtica y mitral moderadas; hipertensión pulmonar moderada; fibrilación auricular permanente.

COMENTARIO

Finalmente se diagnostica a la paciente de hepatopatía secundaria al cor pulmonale que presenta; se le aconseja, por el alto riesgo de sangrado y por la propia afectación hepática, que abandone el consumo de alcohol que, aunque no parece ser la causa de la hepatopatía, puede contribuir a la acumulación progresiva de fibras de colágeno en el parénquima hepático y ocasionar la fibrosis; debe seguir con su medicación habitual.

Por otra parte se identifican colecistopatía crónica (dada la edad y la patología de base, no precisa cirugía) y pólipos colónicos. No se indica ácido acetilsalicílico por presentar un HAS-BLED 5. Se le da consejo y se le ofrece ayuda para deshabitación tabáquica.

BIBLIOGRAFÍA

- Roca Alonso R, et al. Ecografía abdominal en Atención Primaria. FMC. 2015;22:5-36.
- Fernández Pérez G, Encinas de la Iglesia J, Águeda del Bas D, Corral de la Calle MA, De Miguel Gil M, Velasco Casares M. Valoración cardiaca en la ecografía de abdomen. SERAM 2012.
- Egido Flores L. Crecimiento de cavidades. AMF 12.
- Bonder A, Afdhal N. Utilization of fibroscan in clinical practi-

ce. *Curr Gastroenterol Rep.* 2014;16:372.

- Gutiérrez-Casado M. *Hepatopatías crónicas, insuficiencia hepática crónica, cirrosis. Guía de actuación en Atención Primaria.* 4ª edición. Barcelona: semFyC ediciones 2011.
- Petitclerc L, Sebastiani G, Gilbert G, Cloutier G, Tang A. *Liver fibrosis: Review of current imaging and MRI quantification techniques.* *J Magn Reson Imaging.* 2016. [internet]. Disponible en: <http://www.doi.wiley.com/10.1002/jmri.25550>.