



Clínica cotidiana

Más allá de la retención de líquidos

Beatriz García Fernández*, María Soledad Fernández Riera

Centro de Salud Mieres Sur. Mieres, Asturias.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 31 de diciembre de 2025

Aceptado el 9 de enero de 2026

On-line el 19 de mayo de 2026

Palabras clave:

Ascitis

Descompensación hidrópica

Edemas

Keywords:

Ascites

Hydropic decompensation

Edema

R E S U M E N

Se presenta el caso de un varón de 61 años que consulta por edemas en miembros inferiores, disnea y aumento de perímetro abdominal.

La ascitis se define como el acúmulo de líquido libre en la cavidad abdominal. Aunque la causa más frecuente es la cirrosis hepática, hay que realizar un buen diagnóstico diferencial dado que el tratamiento y el pronóstico serán muy diferentes.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

Beyond fluid retention

A B S T R A C T

We discuss the case of a 61-year-old man who presented with lower extremity edema, dyspnea, and increased abdominal girth.

Ascites is defined as the accumulation of free fluid in the abdominal cavity. Although the most frequent cause is liver cirrhosis, a thorough differential diagnosis is essential since the treatment and prognosis will differ significantly.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by E-Medfarma 2020, S.L.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: beagf33@gmail.com (B. García Fernández).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.S1.096>

2254-5506 / © 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Descripción del caso clínico

Paciente varón de 61 años, poco frecuentador, acude a nuestra consulta por edemas en miembros inferiores de cuatro meses de evolución y ortopnea progresiva. Estos últimos dos meses refiere la aparición de un “bulto” en el ombligo con aumento del perímetro abdominal. Destaca que desde hace tres días orina menos. Bebedor de tres vasos de vino al día. Nos niega otra información de interés.

En la exploración física llama la atención: leve tinte icterico de piel y mucosas; abdomen parcialmente indurado aunque depresible, oleada ascítica, percusión mate y hernia umbilical de gran tamaño que se reduce manualmente; edemas con fovea en miembros inferiores hasta raíz de ambos muslos con datos de insuficiencia venosa sin signos compatibles con trombosis en el momento actual.

En ecografía realizada en el centro de salud observamos hepatomegalia y ascitis, sospechando una hepatopatía crónica con descompensación hidrópica, motivo por el cual derivamos al paciente a Urgencias para pruebas complementarias.

En analítica de Urgencias destacan: bilirrubina 1,9 mg/dl, GOT 49 U/L, macrocitosis sin anemia. El electrocardiograma y la radiografía de tórax se encuentran dentro de la normalidad.

Se decide ingreso para completar estudios, presentando durante el mismo los siguientes valores: GGT 189 U/L, bilirrubina 1,4 mg/dl, PCR 2,8 mg/dl, CEA 36 ng/ml. Se realiza tomografía axial computarizada (TAC) abdominal, informada como “gran hepatomegalia en relación con hepatopatía crónica. Adenopatías retroperitoneales de más de 1 cm. Irregularidad de pared gástrica a nivel de antro y a nivel de unión colon descendente-sigma. Moderada cantidad de ascitis.”

Con estos resultados, y tras realización de varias biopsias, el paciente es diagnosticado de adenocarcinoma de colon descendente y linfoma B gástrico de alto grado.

Comentario

Definimos ascitis como la acumulación de líquido libre en la cavidad peritoneal. Las causas más frecuentes son la cirrosis hepática (55-80 %), la patología tumoral (10-29 %) y la insuficiencia cardíaca (3-6 %). Aproximadamente en un 5 % de los casos existe más de una causa (ascitis mixta)¹.

Habitualmente la ascitis aparece de forma insidiosa ocasionando, como síntomas más frecuentes, distensión abdominal y

aumento de peso, aunque también náuseas, vómitos, plenitud posprandial o disnea. Debemos registrar datos que nos ayuden a esclarecer la causa: ante una posible hepatopatía indagaremos sobre el consumo de alcohol u otros tóxicos, factores de riesgo de hepatitis víricas, factores que favorecen el desarrollo de hígado graso como obesidad, dislipemia y diabetes, e historia familiar de hepatopatías; sospecharemos patología tumoral si el paciente presenta síndrome constitucional, alteración en hábito intestinal o rectorragia; no olvidaremos la posibilidad de insuficiencia cardíaca derecha ante disnea o edemas en miembros inferiores².

Durante la exploración física, nos fijaremos en datos que nos lleven al diagnóstico etiológico entre los que destacan signos que sugieran cirrosis como arañas vasculares o eritema palmar, masas abdominales o adenopatías en patología tumoral o edemas, signos de congestión pulmonar o presión venosa yugular en el caso de patología cardíaca, entre otros.

Podemos sospechar una posible ascitis por la historia clínica referida por el paciente, reafirmando nuestra sospecha con la exploración física, aunque no siempre pueda detectarse sin pruebas complementarias³.

En conclusión, la combinación de una buena historia clínica, una completa exploración física y pruebas complementarias como una ecografía abdominal nos puede proporcionar tanto el diagnóstico como la cuantificación de la ascitis.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sanz M de B, Martínez EV, Carrasco NM. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la ascitis. *Medicine* [Internet]. 2024;14(12):696-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2024.06.006>
2. Aparicio Minguijón EM, Caso Laviana JM, Díaz Santiañez M, Fernández Argüeso A, Herdia Mena C, Muñoz Hernández M, et al, editores. *Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica*. 9ª ed. Madrid: Hospital Universitario 12 de Octubre; MSD; 2023.
3. Angeli P, Bernardi M, Villanueva C, Francoz C, Mookerjee RP, Trebicka J, et al; European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. *J Hepatol*. 2018;69(2):406-60. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2018.03.024>