



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

423/65 - NO TODA DISTENSIÓN ABDOMINAL ES ASCITIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

N. Arencibia Hernandez¹, D. Santana Castillo², A. Mateo Acuña³, E. Quiroz Flores⁴, L. Díaz González⁵, C. Chocano López de Hierro⁶, D. González Armas⁷, C. Gómez Vildosola⁸

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Santoña. Santoña. Cantabria. España, ²Medicina Familiar y Comunitaria. Urgencias del Hospital comarcal de Laredo. Cantabria. ³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud CotoLino. Castro Urdiales, Cantabria. ⁴Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud CotoLino. Castro-Urdiales, ⁵Residente de Medicina Familiar y Comunitaria 3. Centro de Salud Laredo. Cantabria. ⁶Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Laredo. Cantabria. ⁷Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de 1^{er} año Familiar y comunitario. Centro de salud Laredo. Cantabria. ⁸Residente de Medicina Familiar y Comunitaria MIR 1. Centro de Salud de Laredo. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 59 años que acudió al Servicio de Urgencias de Atención Primaria por cuadro de distensión abdominal progresiva de meses de evolución, dolor abdominal generalizado y sensación disneica. No alteración de las deposiciones ni otro síntoma asociado. Tras valoración, se remitió a la paciente al Servicio de Urgencias del Hospital de referencia para valorar ingreso hospitalario.

Antecedentes personales: exfumadora, fibromialgia, migrañas, trastorno adaptativo mixto. Antecedentes gineco-obstétricos: menopausia a los 47 años, G1P1A0. Última citología (2012): normal. Tratamiento crónico: naproxeno 550 mg, gabapentina 300 mg, zolmitriptán a demanda, alprazolam 0,5 mg, colecalciferol, escitalopram 20 mg, pantoprazol 20 mg, sulpiride 50 mg, metamizol 575 mg, amitriptilina 25 mg, tapentadol 50 mg.

Exploración y pruebas complementarias: T^a 36,6 °C. TA: 131/93 mmHg. FC: 96 lpm. SatO2: 97%. ACP: rítmica. MVC. Algun roncus de predominio en base. Abdomen: distendido, doloroso a la palpación difusa, ruidos disminuidos, levemente depresible. No soplo abdominal. Resto de exploración sin hallazgos patológicos. Analítica: hemograma, bioquímica y coagulación: normal. Marcadores tumorales: CEA 2,2 ng/mL, CA-125 1.132,0 U/mL, CA-19,9 6,4 U/mL. Radiografía de tórax: aumento de densidad en base izquierda. Ecografía abdominal/RMN: gran masa pélvica de morfología mamelonada con áreas sólidas y quísticas alternadas en relación con ambos ovarios. Ascitis asociada, engrosamiento y realce del peritoneo en fondo de saco de Douglas. Pequeño nódulo pulmonar en la base izquierda. Paracentesis diagnóstica y terapéutica con salida de 5.700 cc. Resultado de AP: positivo para malignidad tipo carcinoma papilar seroso sugerente de origen ginecológico. Se completó estudio con TAC-torácico: nódulo de 1,1 cm localizado en segmento medio de LII con contornos espiculados. Mínimo engrosamiento pleural basal posterior izquierdo.

Juicio clínico: Carcinoma papilar seroso etapa IVB (pulmón) de la FIGO.

Diagnóstico diferencial: Síndrome de malabsorción, aneurisma de aorta abdominal, ascitis, quistes ováricos, tumores ginecológicos/digestivos, enfermedad inflamatoria pélvica.

Comentario final: El carcinoma papilar seroso de ovario es un tumor peritoneal que afecta a los ovarios. Presenta un comportamiento más agresivo que otros tumores de ovarios. La edad de presentación suele ser entre los 45-75 años de edad. Las manifestaciones suelen ser molestias abdominales, distensión abdominal y pérdida de peso. La ascitis es un hallazgo muy frecuente. La base del tratamiento suele ser quirúrgico si está limitado o QT/RT. La supervivencia media tras el diagnóstico suele ser de 15 meses. El dolor abdominal es una de las causas de atención más frecuentes en los servicios de urgencias hospitalarias y extrahospitalarias. Puede presentar diversas etiologías, características y evolución, por lo que debemos de tratar de descartar aquellas patologías que puedan poner potencialmente en peligro la vida del paciente. En nuestro caso, la paciente ingresó en la planta de Ginecología. Tras la revisión del caso en Comité Multidisciplinar, se decidió iniciar tratamiento quimioterápico neoadyuvante al ser una patología irresecable por la metástasis pulmonar y las dimensiones de la masa ovárica bilateral.

Bibliografía

Nieto Silva JA. Dolor abdominal agudo. En: Malogón Londoño G, editor. Manejo integral de urgencias. Bogotá: Editorial Médica Panamericana, 1992.

Lim D, Oliva E. Precursors and pathogenesis of ovarian carcinoma. Pathology. 2013;45(3):229-42.