



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

423/24 - UN DOLOR ABDOMINAL COMO OTRO CUALQUIERA

E. Salvador Candau¹, M. Gali Juan², M. Bueso Navarro³, A. Campos Aznar⁴

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Carinyena. Vila-real. Castellón de la Plana,²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Carinyena. Vilarreal. Castellón de la Plana,³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Burriana I. Burriana,⁴Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio Urgencias Hospital La Plana. Vila-real. Castellón de la Plana.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 44 años, sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias por epigastralgia intensa de 7 días de evolución, más acusada tras la ingesta.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril y con constantes mantenidas en torno a TA 118/66, FC 82 lpm y SatO2 100%. Abdomen blando y depresible sin masas ni megalias y sin signos de peritonismo. Peristaltismo conservado. Auscultación cardíaca y pulmonar normal y resto de exploración por aparatos anodina. Ecografía abdominal: se observa en epigastrio una masa sólida, lobulada y heterogénea de 10 × 8 cm en topografía de cuerpo pancreático. Probables adenopatías asociadas retroperitoneales. Analítica: 7.400 leucocitos con 86,5% de neutrófilia, Hb 11 g/dl, 33% Hto, 395.000 plaquetas, glucosa 86 mg/dl, urea 27 mg/dl, creatinina 0,80 mg/dl, Na 141 mmol/L, K 4,4 mmol/L, Cl 101 mmol/L, amilasa 46 U/L y PCR 10,9 mg/dl. CEA 125 165 U/L. El paciente ingresa en Medicina Digestiva para estudio, durante el ingreso: TC: masa intraperitoneal de 15 × 10 cm situada por detrás del estómago y compatible con gran mazacote adenopático. Asocia otras grandes adenopatías en mesenterio y en cadena lumboaórtica. Esplenomegalia de 16,3 cm en eje máximo con lesiones hipoecoicas subcentrimétricas sugestivas de metástasis. Eco-PAAF: muestra insuficiente puesto que se requiere de la obtención de un ganglio completo para estudio de AP y inmunohistoquímica, por lo que se realiza IC a cirugía para realizar biopsia a cielo abierto mediante laparoscopia/laparotomía. La laparotomía exploradora aporta ganglios que permiten el diagnóstico AP de linfoma difuso de células grandes, por lo que Hematología pauta corticoides y rituximab. Estando pendiente de filiar el origen de la neoplasia, el paciente presenta pico febril de 38 °C, con hemocultivos y urinocultivo negativo, y disnea súbita y deterioro de la función renal con oligonauria (creatinina 6,3 mg/dl). Por lo que se realiza angioTC en el que se ve un derrame pleural bilateral sin otros hallazgos. Ante el deterioro del estado general ingresa en UCI donde presenta mala evolución por fracaso renal, fracaso respiratorio, hemodinámico y hepático a pesar de tratamiento con ATB empírica, VMI e intubación orotraqueal, fluidoterapia y rescate con seroalbúmina y perfusión de soporte vasoactivo siendo exitus.

Juicio clínico: Linfoma difuso de células grandes.

Diagnóstico diferencial: Epigastralgia, gastritis, cólico biliar, colecistitis, colangitis.

Comentario final: El dolor abdominal representan la mayor parte de consultas en Urgencias y resulta difícil discernir entre aquellos susceptibles de prueba de imagen y aquellos que resultarán ser una patología banal.

Bibliografía

Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18^a ed. México: McGraw-Hill; 2012.

Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5^a ed. Barcelona: Elsevier; 2015.

Almedral Garrote J, et al. Guía de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en arritmias cardíacas. Rev Esp Cardiol. 2001;54:307-67.

Goldstein LB, El Husseini N. Neurología y cardiología: puntos en contacto. Rev Esp Cardiol. 2011;64(4):319-27.