



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

## 199/97 - LA IMPORTANCIA DE LA ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EL DOLOR ABDOMINAL DE LARGA EVOLUCIÓN

J. Cañizares Romero<sup>a</sup>, I. Corrales Álvarez<sup>a</sup>, E. Sicilia Barea<sup>b</sup>, A. Cordero Moreno<sup>c</sup>, M. Martínez Ibáñez<sup>d</sup> y M. Rojas Martínez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerta Blanca. Málaga. <sup>b</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torcal. Málaga. <sup>c</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Carranque. Málaga. <sup>d</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tiro de Pichón. Málaga.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 58 años. Alérgica a moxifloxacino y claritromicina. No hábitos tóxicos. Antecedentes personales de asma bronquial en seguimiento por Neumología, coriorretinopatía miópica con desprendimiento de vítreo posterior y poliartrosis. Paciente que comienza a consultar en nuestra consulta de Atención Primaria en Agosto de 2015 por cuadro de dolor abdominal difuso, más localizado a nivel de hipocondrio derecho, discontinuo, asociando dispepsia. Se solicita detección de *H. pylori* mediante cultivo de heces siendo negativo, se instaura tratamiento con omeprazol 20 mg al día sin mejoría y dada la persistencia de la clínica se decide derivación a Digestivo, que la paciente rechaza. En los últimos dos meses, asocia a esta clínica cuadro de hiporexia y pérdida ponderal de unos 8 kg de peso, junto con astenia y sudoración nocturna, por lo que vuelve a consultar.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Consciente. Bien hidratada y perfundida, no ictericia mucocutánea. Faringe hiperémica sin placas ni exudado. Auscultación cardiorrespiratoria: Rítmica sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: anodino. No signos de TVP o edemas en MMII. Analítica sanguínea: Hb 12,3, IST 16, Hierro 44, ferritina 121, leucocitos 6300 con fórmula leucocitaria normal. Creatinina 0,57, iones y calcio normal. GOT 23, GPT 26, GGT 67, FA 71, Bi total 0,48. Perfil lipídico normal. Marcadores tumorales: CEA, Ca 125, Ca 15,3, AFP normales. Ca 19.9 de 71,2. Aprovechando los recursos que ofrece nuestro Centro de Salud, teniendo en cuenta la existencia de dolor a nivel de hipocondrio derecho y la clínica de pérdida de peso, se decide realizar ecografía de abdomen en Atención Primaria, en la que se objetivan varias LOES hepáticas. Bazo de situación, tamaño y ecogenicidad normales, riñones de situación, tamaño y ecogenicidad normales. Ante estos hallazgos, se decide derivación a Hospital, donde se realiza TC de tórax, abdomen y pelvis con contraste iv: hígado de tamaño normal con múltiples LOES. Pequeña lesión hipodensa de 6 mm en cuerpo pancreático. Gran conglomerado adenopático retroperitoneal de aspecto patológico, algunas de hasta 28 mm, que engloban vasos retroperitoneales. Biopsia de hígado con aguja gruesa: hallazgos morfológicos e inmunohistoquímicos sugestivo de adenocarcinoma de la vía pancreatobiliar, probablemente colangiocarcinoma.

**Juicio clínico:** Adenocarcinoma de probable origen en vía biliar estadio IV.

**Diagnóstico diferencial:** Carcinoma hepatocelular, metástasis, nódulos regenerativos, adenomas hepáticos.

**Comentario final:** La mayoría de los pacientes con lesiones hepáticas sólidas ocupantes de espacio (LOES) están asintomáticos. Sin embargo, la coexistencia de éstas junto con dolor abdominal y pérdida de peso debe hacernos pensar en un proceso maligno. El colangiocarcinoma representa el 3% de las neoplasias digestivas, aunque su incidencia está aumentando en los últimos años. Muchos pacientes no son candidatos a Cirugía porque el diagnóstico suele ser tardío, siendo la quimioterapia con cisplatino y gemcitabina una buena opción.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gore RM, Shelhamer RP. Biliary tract neoplasms: diagnosis and staging. *Cancer Imaging*. 2007;7 Spec No A:S15.
2. Bonder A, Afdhal N. Evaluation of liver lesions. *Clin Liver Dis*. 2012;16:271.