



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

264/16 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOLOR ABDOMINAL

M. Real Campaña^a, M. Vega Calvellido^b, P. Martín Marcuatu^b, S. Gómez Rodríguez^b, V. López Romero^b y T. Martín Acedo^b

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casines. Cádiz. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribera del Muelle. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 41 años sin antecedentes de interés que acude a Servicio de Urgencias por dolor difuso abdominal, distensión abdominal y febrícula de 2 meses de evolución. El paciente comenta que tras haber probado tratamientos como IBP, analgésicos y procinéticos que su MAP le ha pautado no ha encontrado mejoría. A la exploración se observan adenopatías laterocervicales y hepatoesplenomegalia, se le realiza analítica y Rx de abdomen y se cursa ingreso en Medicina Interna para estudio. Durante ingreso se presenta distensión abdominal con abdomen muy distendido y empastado, con hepato y esplenomegalia en progresión, con sintomatología B acompañante que evoluciona hacia rotura esplénica y hemoperitoneo y se ingresa en UCI. El paciente evoluciona favorablemente dándose de alta con idea de seguimiento de forma ambulatoria por los siguientes servicios: Hospital de Día quirúrgico, enfermería de enlace, nutrición, psiquiatría, medicina preventiva, hematología y Medicina Interna.

Exploración y pruebas complementarias: Adenopatías laterocervicales en lado izquierdo y cerca de mastoides en derecho. Abdomen globuloso con hematoma periumbilical. Se palpa hepatomegalia y punta de bazo. Hemograma de Urgencias: Hte 5,74 millon/?L; Hb 16,9 g/dL; Hto 51,6%; n° leucocitos 25.600/?L; v. absoluto linfocitos 15,77 miles/?L; v. absolutos no catalogados 1,26 miles/?L; Plt 113.000/?L, linfocitosis y monocitosis confirmadas. Se observan linfocitos activados. Bioquímica de Urgencias: GOT 80 U/L; GGT 238 U/L. PCR y coagulación normal. Urocultivo negativo. Hemocultivo negativo. Marcadores tumorales: Ca 19.9: 41,39. B2micro: 2,93. Perfil hormonal: TSH: 5,5; FT4: 1,04. Acs antitiroglobulina: 528; Acs. antimicrosomales: 177,5. Serología normal. Mantoux neg. PAAF adenopatía laterocervical derecha no diagnosticada. Inmunofenotipo de sangre periférica: Se detecta una infiltración masiva por dos población de linfocitos T con idénticas características fenotípicas aberrantes y que parece corresponder a dos estadios diferentes de maduración (CD4+ y CD4+CD8+ positiva). El estudio por CMF sugiere la clonalidad de estas poblaciones, y se completa con estudio de reordenamiento del TCR que detecta monoclonalidad. Estudio compatible con síndrome linfoproliferativo crónico T. Se revisa frotis de sangre periférica y se observa un número importante de linfocitos de talla mediana con nucleolo evidente, sospecha de prolinfocitos. TC tórax: se observan adenopatías axilares bilaterales aunque presentan centro graso y un diámetro menor inferior al cm. Adenopatía de pequeño tamaño en grasa pericárdica derecha, la mayor con diámetro menor de 9 mm. Ginecomastia bilateral. TC abdomen: hepatoesplenomegalia homogénea. Múltiples adenopatías retroperitoneales y mesentéricas.

Juicio clínico: Síndrome linfoproliferativo de células T. Rotura esplénica espontánea. Shock hemodinámico, secundario a hemoperitoneo. Ascitis quillosa.

Diagnóstico diferencial: Linfoma. Enfermedades inflamatorias intestinales. Peritonitis. Apendicitis.

Comentario final: En este caso clínico es destacable la importancia de ingresar a un paciente con las características descritas debido al riesgo que tiene de realizar una perforación de víscera abdominal tal y como sucedió.

Bibliografía

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18ª edición. México: McGraw-Hill; 2012.