



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

387/30 - DOLOR ABDOMINAL SIN ALTERACIONES ANALÍTICAS

J. Villar Ramos¹, A. Altadill Bermejo², J. Fernández de Muros Mato¹, L. de la Cal Caballero¹, M. Montes Pérez³, G. Durán Román³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja. Cabezón de la Sal. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Chico. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 87 años que consultó por dolor abdominal en hipocondrio derecho tipo cólico de dos días de evolución que describía “como si algo le estuviese tirando de las costillas”. Afebril. Toleraba alimentos y negaba vómitos, sin alteraciones del ritmo gastrointestinal. Diagnosticado de trombosis de vena central de la retina en ojo derecho. Como antecedentes tenía hipertensión arterial, dislipemia, síndrome de apnea del sueño e intervenido de hidrocele y apendicitis. Su tratamiento era: ARA II, simvastatina, ácido acetilsalicílico, furosemida y omeprazol.

Exploración y pruebas complementarias: Auscultación cardiopulmonar: Tonos rítmicos, no soplos, con murmullo vesicular conservado en ambos campos. Abdomen: blando, voluminoso con mucho panículo adiposo, Blumberg y Murphy negativos. Dolor a la palpación de hemiabdomen derecho y de últimas costillas. Tacto rectal: heces acumuladas en ampolla rectal blandas. No fecaloma ni sangre. Analítica: urea 87, creatinina 1,3 mg/dl, FG 49 ml/min, PCR 2,5, LDH 286. Ca 19.9, CEA, alfafetoproteína y PSA normales. Radiografía abdominal: intensa dilatación de marco cólico derecho y de asas de intestino delgado. TAC abdominopélvico: gran masa (7 × 15 × 12 cm) de aspecto sólido/necrótico, encontrándose en íntimo contacto con el hígado desplazándolo y dependiente de la pared costal derecha a la altura de las últimas cuatro costillas de etiología incierta. Aneurisma de aorta infrarrenal de 5,1 cm a nivel de L4 con un trombo mural en semiluna y con un grosor máximo de 1,3 cm. Ecografía abdominal con biopsia de aguja gruesa: Presencia de una gran masa dependiente pared abdominal en la transición toracoabdominal a nivel de flanco derecho que condicionaba compresión extrínseca sobre parénquima hepático. Anatomía patológica: tres cilindros de tejido extensamente necróticos con escasas células grandes y pleomórficas, compatible con sarcoma de alto grado. TAC: masa dependiente de diafragma que presenta múltiples implantes peritoneales con líquido abdominal compatible con carcinomatosis peritoneal y metástasis pulmonar.

Juicio clínico: Sarcoma de alto grado con implantes peritoneales. Metástasis pulmonar. Aneurisma aorta infrarrenal.

Diagnóstico diferencial: Estreñimiento, cólico biliar.

Comentario final: Entre las ventajas que tenemos en atención primaria están la valoración de la evolución de nuestros pacientes y conocerlos. El dolor que refería se estudió durante dos días en los que las analíticas realizadas eran normales y no mejoraba a pesar de tratamiento con lactulosa, por lo que se decidió derivación a urgencias etiquetándose de estreñimiento tras repetirse las pruebas realizadas y mismo tratamiento. Se realizó nueva derivación, donde se realizaron las pruebas complementarias anteriormente descritas.

Actualmente pendiente de iniciar radioterapia y control por Unidad de Cuidados Paliativos. Los sarcomas de la pared abdominal son el 10-20% y suelen presentarse como masas indoloras. Las pruebas de imagen orientan a la posibilidad diagnóstica, requiriendo TAC torácico para descartar enfermedad metastásica. El diagnóstico definitivo se va a hacer por biopsia y el tratamiento definitivo es la resección del tumor. Sin embargo, en este caso se ha optado por la radioterapia, ya que su respuesta depende del grado y la histología.

Bibliografía

Johnson CJ, Pynsent PB, Grimer RJ. Clinical features of soft tissue sarcomas. *Ann R Coll Surg Engl*. 2001;83:203-5.

Guía de práctica clínica en los sarcomas de partes blandas. *Med Clin (Barc)*. 2011;136(9):408.