

## 329/122 - DISTENSIÓN ABDOMINAL EN PACIENTE ANTICOAGULADA

D. Martínez Revuelta<sup>1</sup>; J. Bustamante Odriozola<sup>2</sup>; I. Rivera Panizo<sup>1</sup>; M. Gómez González<sup>3</sup>; A. del Rey Rozas<sup>4</sup>; L. Alonso Buznego<sup>5</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Costa. Cantabria.<sup>2</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Cantabria.<sup>3</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Cantabria.<sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Cantabria.<sup>5</sup>Médico Residente de Oncología Médica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 78 años con antecedentes de HTA y fibrilación auricular en tratamiento con candesartán y acenocumarol (mal control en últimas semanas), que acude al centro de salud por cuadro de 3 semanas de dolor y distensión abdominal de características vagas con agudizaciones del dolor tipo cólico en epigastrio que aumenta con los movimientos y maniobras de Valsalva. Refiere sangrado anal rojo brillante autolimitado, astenia y aumento del perímetro abdominal desde hace 15 días. Se deriva a urgencias hospitalarias.

**Exploración y pruebas complementarias:** Palidez mucocutánea, hemodinámicamente estable. Abdomen globuloso, blando, depresible y distendido. Palpación de masa dura no pulsátil en mesogastrio. No signos de irritación peritoneal. Sin nada más a destacar en el examen físico. Analítica en urgencias con Hb 8,5 mg/dl, resto normal. Rx abdomen sin hallazgos relevantes. Ante la persistencia de dolor se solicita TAC que objetiva gran masa pérvica polilobulada de 18 cm con pequeña captación de la periferia y calcificaciones. La paciente ingresa en Medicina Interna donde se completa el estudio con perfil férrico normal, marcadores tumorales CEA 27.5 y PAAF de la masa peritoneal compatible con un pseudomixoma peritoneal.

**Juicio clínico:** Pseudomixoma peritoneal.

**Diagnóstico diferencial:** Se podría plantear entre una masa abdominal tumoral o bien patología vascular intestinal. En este caso la exploración de masa pétreas y evolución subaguda orientaban más a patología tumoral que episodio agudo de isquémica arterial o trombosis venosa.

**Comentario final:** Este caso ilustra nuevamente la herramienta que supone una buena anamnesis y exploración física en atención primaria así como búsqueda de signos de alarma. La paciente fue intervenida y actualmente está en seguimiento por oncología médica sin evidencia de recidiva.

### Bibliografía

- Harter P, Gershenson D, Lhomme C et al. Gynecologic Cancer InterGroup (GCIG) consensus review for ovarian tumors of low malignant potential (borderline ovarian tumors). Int J Gynecol Cancer 2014;24(9s3):S5-8.
- Hart WR. Borderline epithelial tumors of the ovary. Mod Pathol 2005;18(S2):S33-50.