



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1438 - 'No me encuentro bien...'

A.M. Pernia Sánchez^a, I. Andrés Antolín^b y D. Díez Díez^c

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jardinillos. Palencia. ^bMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pintor Oliva. Palencia. ^cMédico Residente de 3º año. Centro de La Puebla. Palencia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 52 años, SAMC, ni antecedentes médico-quirúrgicos, fumadora activa, con menopausia a los 47 años y sin antecedentes familiares oncológicos. Acude a consulta por cuadro de dos meses de astenia, hiporexia y pérdida de peso no cuantificada (2-3 kg). Refiere sensación de plenitud abdominal precoz, aumento del perímetro abdominal y episodios ocasionales de abdominalgia con ritmo intestinal aumentado (5-6 veces al día) con deposiciones caprinas. La paciente refiere que al inicio del cuadro tuvo una infección de vías respiratorias altas que cedió con tratamiento sintomático, pero que desde entonces no se encuentra bien.

Exploración y pruebas complementarias: Peso: 57,5 kg. Talla: 165,5 cm. TA: 143/88 mmHg. FC: 106 lpm. Sat O2: 97%. Consciente, orientada, colaboradora. Buen estado general. Normocoloración de piel y mucosas. Normohidratada. AC: rítmico, sin soplos ni extratonos. AP: disminución del murmullo vesicular en base derecha. Abdomen: blando, depresible, distendido, con ascitis no a tensión, no doloroso, no masas ni megalías, RHA aumentados, Murphy, Blumberg y PPCR bilateral negativos. Se realiza ecografía donde se objetiva hígado aumentado de tamaño con múltiples LOEs de diversa ecogenicidad, por todo el parénquima hepático y abundante líquido abdominal. Se solicita analítica con parámetros hematológicos, y bioquímicos incluyendo iones y función renal dentro de los límites de la normalidad. Destacando hipertransaminasemia con GOT 63 U/l, GGT 139 U/L, FA 156 U/L, y GPT normal, y elevación de LDH a 265 U/L antígeno CA 15,3 a 42,2 U/mL y CA 125 a 403,3 U/mL resto de marcadores tumorales normales. Con el diagnóstico de carcinomatosis peritoneal con neoplasia primaria origen desconocido (a descartar neoplasia digestiva o ginecológica), se decide derivar a la paciente a la Unidad de Diagnóstico Rápido de Medicina Interna, donde se realiza TC abdominal objetivándose derrame pleural bilateral de predominio derecho, ascitis de claro aspecto patológico y carcinomatosis con afectación del ovario. Hígado ocupado en su práctica totalidad por masas hipodensas sugestivas de afectación metastásica difusa y un dudoso engrosamiento mural del recto. Posteriormente se realiza además gastroscopia con resultado de gastritis aguda y colonoscopia con colon prácticamente colapsado en todo en sigma y descendente con angulaciones y tortuosidad en relación con carcinomatosis peritoneal sin objetivarse neoplasia primaria hasta ciego. Se realiza también interconsulta a ginecología, sin hallarse tampoco neoplasia primaria. Se opta por derivar a la paciente a Unidad de Hepatología de hospital de referencia para la realización de biopsia hepática, con resultado de colangiocarcinoma moderadamente diferenciado.

Juicio clínico: Carcinomatosis peritoneal de etiología primaria desconocida.

Diagnóstico diferencial: Descartar tumoración primaria de origen digestivo o ginecológico.

Comentario final: La paciente inició rápidamente tratamiento con quimioterapia. A las dos semanas fue ingresada en Unidad de Hepatología por fiebre y pancitopenia, falleciendo a los pocos días. Únicamente el 10% de los casos de ascitis son de origen neoplásico, pero deben tenerse en cuenta en los diagnósticos diferenciales con hepatopatía crónica, tuberculosis, de origen cardíaco, pancreático o biliar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Maestro de la Calle G, Alarcón del Amo C. Ascitis. En: Aguilar Rodríguez F. Manual de diagnóstico y terapéutica médica, Hospital Universitario 12 de Octubre. 7^a edición. Madrid; MSD 2014. p. 691-8.