



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2596 - Doctor, usted que me conoce, ¿por qué tengo este dolor?

M. Rubio Gómez^a, R. Montoya Sáenz^b, A. Hernández Marcos^c, B. Sierra Bergua^d, C.A. Baquer Sahún^e, C. Ardiaca Sánchez-Villacañas^f, L. Rejas Morras^g y R. Lavedan Santamaría^g

^aMédico Residente de 3^{er} año. Centro de Salud Delicias Norte. Zaragoza. ^bMédico Residente de 4^o año. Centro de Salud Bombarda. Zaragoza. ^cMédico Residente de 4^o año. Centro de Salud Delicias Norte. Zaragoza. ^dAdjunto Urgencias Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. ^eMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Sur. Sector III. Zaragoza. ^fMédico Residente de 2^o año. Centro de Salud Delicias Norte. Zaragoza. ^gMédico Residente de 1^{er} año. Centro de Salud Delicias Norte. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 59 años, alérgico a sulfamidas y yodo. Antecedentes patológicos: bronquitis, hernia hiato. Pendiente IQ menisco izquierdo (baja laboral). Tratamiento: omeprazol 20 mg, AINEs. Acude a Centro de Salud por dolor epigástrico de mes y medio de evolución con disminución ponderal (10 kg), asociando hiporexia, diarrea amarilla sin productos patológicos, náuseas con algún vómito de contenido bilioso, astenia y debilidad generalizada. Previamente había acudido varias ocasiones a MAP y Urgencias por mismo dolor, realizándose analítica, gastroscopia ambulatoria con resultados normales y modificaciones en tratamiento con IBP, con poca mejoría. Tras incorporación de MAP habitual, quien objetiva la pérdida ponderal, el manifiesto deterioro físico en poco tiempo, la evolución sintomática y ante sospecha de diagnóstico neoplásico, solicita ecografía abdominal urgente, que informa de lesiones hipodensas hepáticas sugestivas de metástasis, decidiéndose ingreso en Medicina Interna para estudio.

Exploración y pruebas complementarias: Buen aspecto general. Pálido. Normohidratado. AC: RsCsRs a 80 lpm, no soplos. AP: normoventilación. Abdomen: blando, depresible, no doloroso. Hepatomegalia hacia línea media. No signos de irritación peritoneal. EEII: no edemas ni signos de TVP. Hemograma: hematíes: Hb: 12,5, Hto: 38, leucocitos: 5.900 (N 56,2%), plaquetas: 216.000 VSG: 112. PCR: 6,33. Bioquímica: glucosa 97, urea 0,21, creatinina 0,67, FG: 121,41, GGT 216, CPK 35, amilasa 22. Marcadores: CA 19,9: 1.820. Ferritina: 1.185. Rx tórax sin alteraciones. Ecografía abdominal: hígado normal, visualizándose imágenes de baja densidad, de diámetro inferior a 5 cm. Vesícula, vías biliares intrahepáticas y bazo sin alteraciones ecográficas. Mala visualización área pancreática. TC toracoabdominal: Metástasis hepáticas múltiples. Adenopatías de 12 mm en ligamento gastrohepático. No se identifica tumoración primitiva a nivel toracoabdominal. PET-TC: carcinoma de 5 cm de cabeza y cuerpo de páncreas. Colonoscopia: normal.

Juicio clínico: Adenocarcinoma de cabeza y cuerpo de páncreas metastásico.

Diagnóstico diferencial: Úlcera péptica, reflujo gastroesofágico, hernia de hiato, pancreatitis, tumor pancreático, hernia abdominal, dispepsia funcional no ulcerosa, gastritis, ruptura esofágica, rotura aneurisma de aorta, cáncer gástrico, colelitiasis, isquemia intestinal.

Comentario final: La evaluación del paciente con dolor abdominal epigástrico recurrente constituye un gran reto diagnóstico para Atención Primaria, por ser motivo de consulta muy frecuente y por las múltiples

patologías que lo pueden ocasionar. Hemos de señalar, que el MAP debe de atender al paciente desde una perspectiva holística y global, manteniendo una “escucha activa” y realizando una adecuada anamnesis, exploración física e interpretación de pruebas complementarias, algunas de las cuales, pueden no mostrar anomalías de forma errónea, cuya trascendencia puede ser fundamental para el paciente, induciendo cambios drásticos en la actitud terapéutica que lleven de la curación al tratamiento paliativo. Como conclusión, y por lo que este caso, resulta llamativo es debido a que la manifestación clínica inicial que motivó el estudio y el diagnóstico, consistió en un síntoma tan banal, frecuente e inespecífico como una epigastralgia que bien se podría corresponder con patología de diagnóstico común en Atención Primaria y que nada hacía presagiar la patología neoplásica pancreática oculta, ya metastásica, cuya filiación hubiera sido más tardía, sino se hubieran puesto en práctica las competencias inherentes a la figura del MAP, tales como la longitudinalidad y continuidad de la atención a sus pacientes. Éstas contribuyen a mejorar la conexión entre distintas actuaciones asistenciales relativas a un problema de salud y proporcionan una visión integral de la salud de sus pacientes, incluyendo la esfera bio-psico-emocional y por tanto, permitiendo reconocer cualquier problema de salud o detectar, como es nuestro caso, una patología orgánica, con una cronología inherente a la misma y un mal pronóstico vital.

BIBLIOGRAFÍA

1. Loyd R, et al. Update on the Evaluation and Management of Functional Dyspepsia. Am Fam Physician. 2011;83(5):547-52.
2. De La Cruz MS, Young AP, Ruffin MT. Diagnosis and management of pancreatic cancer. Am Fam Physician. 2014;89:626-32.
3. Gérvás J, Fernández Pérez M, Sánchez Sánchez RJ. Longitudinalidad, prestigio, buena reputación (social y profesional) y medicina general/de familia. Aspectos clínicos y de salud pública. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012;26(Supl. 1):52-6.

160/2603

Doctora, mire cómo estoy

D. Rosario Lapaix^a, A. Arias Rosario^b, V.M. Báez Pimentel^c, A.A. Moronta de la Cruz^c, A.M. González González^d, S. Méndez Desena^c, L.F. Alcántara Feliz^a, I. de Giacomi Coronel^b, A.N. Romero García^e y J.L. Compére^f

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trobajo del Camino. León.

^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Condesa. León. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés del Rabanedo. León.

^dMédico de Familia. Centro de Salud Condesa. León. ^eMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Condesa. León. ^fMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado. León.

Descripción del caso: AP: no AMC. ADVP, desde los 16 años. Fumador activo de más de 30 paquetes año, no FRCV. Varón de 45 años que acude al servicio de urgencias por cuadro de 3 días de evolución de dolor abdominal, asociado a fiebre de hasta 39 °C con vómitos continuo y persistentes, con deposiciones diarreicas de consistencia líquida sin contenido patológico, un aumento progresivo del perímetro abdominal, el día antes había consultado con su MAP, donde se le etiquetó de gastroenteritis, recomendándole dieta astringente y paracetamol. Tres meses ante consulto por cuadro de dolor abdominal realizándole pruebas de laboratorios que eran rigurosamente normal.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, orientado, colaborador. Ictericia conjuntival. Bien perfundido e hidratado. ACP: normal. Abdomen: distendido, blando, depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, hepatoesplenomegalia de unos 3 traveses bajo reborde costal, ondas de ascitis, RHA+. Hemograma: leucos: 15.400, N: 80%, Hb: 12,4, plaq: 56.000, coagulación INR: 1,6, TP 54%, BQ: Cr: 1,3,

Iones: normales, amilasa: 102, GOT 438, GPT 229, LDH 494, BT: 8,3, BD 3,2, PCR 95. Líquido ascítico: leucos: 25.100, con N 78%, glu 74, prot 0,7, cultivo negativo. Serología, CMV IgM negativo, IgG positivo, VIH positivo, VHC positivo. Rx abdomen con ascitis. Ecografía y TC abdominal: ascitis, engrosamiento de la pared de colon ascendente y transverso, edema de pared gástricas. Hígado cirrótico, sin LOES. Esplenomegalia de 8,6 cm. TC torácico: compatible con infección pulmonar por CMV o Pneumocystis jiroveci.

Juicio clínico: Peritonitis bacteriana espontánea, cirrosis hepática por hepatopatía tipo virus C genotipo 1^a. VIH estadio C3.

Diagnóstico diferencial: Peritonitis bacteriana secundaria. Perforación de vísceras huecas. Sepsis. Ascitis neutrocíticas. Bacteriascitis polimicrobiana.

Comentario final: La peritonitis bacteriana espontánea (PBE) se define como la infección del líquido ascítico sin fuente aparente de infección intra-abdominal. Se trata de una complicación frecuente y grave de los pacientes con cirrosis hepática avanzada y ascitis. Aproximadamente el 10-30% de los pacientes cirróticos con ascitis hospitalizados tienen una PBE. La recurrencia es elevada, el 70% de los pacientes sufren una recidiva en el primer año, y la mortalidad al año es del 50-70%. Se le comenta los resultados de las serologías, este inicia con ánimo deprimido. Se le realiza paracentesis diagnóstica y evacuadora en 3 ocasiones con mejoría pero no recuperación de la peritonitis espontánea bacteriana, el paciente presenta mala evolución, presentando encefalopatía hepática grado III-IV. Sin respuesta al tratamiento y finalmente exitus.

BIBLIOGRAFÍA

1. James J, Liou IW. Med Clin Norte Am. 2015;99(5):913-33.
2. Fernández J, Navasa M, Gómez J, Colmenero J, Vila J, Arroyo V, Rodés J. Bacterial infections in cirrhosis: epidemiological changes with invasive procedures and norfloxacin prophylaxis. Hepatology. 2002;35:140-8.