



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1953 - El signo de cullen que dirigió al diagnóstico

A.I. Ortega Requena^a, J.J. López Pérez^b, P. Abellán García^b, L. Monteagudo González^c, L. González Torres^d, D. Jiménez Burruezos^e, M. Benedito Roses^f, A.B. Marín García^g, A.L. Hernández Olivares^g y N. Martín Díaz^g

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Murcia. ^bMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Murcia. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia Infante. Murcia. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud del Barrio del Carmen. Murcia. ^eMédico Residente de 3^{er} año de Medicina de Familia. Centro de Salud Murcia-Centro/San Juan. Murcia. ^fMédico Residente de 3^{er} año. Centro de Salud Murcia Centro. Murcia. ^gMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 31 años que consulta por dolor abdominal. Antecedentes personales: hernia de hiato. Tratamiento crónico: omeprazol 20 mg. Sin antecedentes quirúrgicos de interés. Acude tras dos meses de evolución por dolor abdominal continuo con náuseas ocasionales sin vómitos ni alteración del hábito intestinal. Refería presentar sensación de plenitud gástrica. Sin fiebre ni otra sintomatología. Consulta en varias ocasiones separadas en el tiempo por dicha sintomatología, en Atención Primaria y Urgencias, con exploración física normal con diagnóstico de dolor abdominal inespecífico y prescripción de antiácidos sin mejoría. Tras dos meses vuelve a consultar.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración: TA 125/72, 75 lpm. T^a 36,6^o. Abdomen difícilmente depresible, principalmente en su parte superior con dolor a la palpación con presencia de signo de Cullen. Resto sin alteraciones. Pruebas complementarias: analítica completa sin alteraciones. ECG normal. Rx abdomen: sin lesiones visibles. Eco abdominal: gran masa que impide visualizar resto abdomen. TC abdominal: gran masa heterogénea y lobulada de contenido sólido y en menos cantidad líquido necrótico que desplaza pared posterior gástrica y cabeza de páncreas. Se acompaña de infiltración/trombosis de rama izquierda y bifurcación portal y vena mesentérica superior. Por su gran tamaño no se puede determinar el origen del mismo aunque habría que considerar origen hepático, gastrointestinal o tumor primario mesentérico. PAAF: hepatocarcinoma fibrolamelar.

Juicio clínico: Hepatocarcinoma fibrolamelar.

Diagnóstico diferencial: Dada la exploración del paciente se debe plantear diagnóstico diferencial de patologías que cursen con signo de Cullen (colección hemorrágica del retroperitoneo a través de los ligamentos gastrohepáticos y falciforme hasta llegar al ombligo) como son pancreatitis aguda, hepatitis, absceso hepático amebiano, úlceras duodenales, carcinoma hepatocelular, rotura esplénica...

Comentario final: Ante dudas diagnósticas es necesario hacer un seguimiento del paciente ya que la clínica y la exploración puede variar de manera importante, como en este caso, por lo que esta evolución te puede llegar al diagnóstico definitivo. El hepatocarcinoma fibrolamelar aparece principalmente en adolescentes y adultos jóvenes, encontrándose en hígados no cirróticos como forma poco frecuente de tumor maligno (1%

de hepatocarcinomas). Aparece generalmente como masa tumoral hepática única, de gran tamaño rodeada de cápsula. El diagnóstico en la mayoría de pacientes se realiza de manera casual y en etapas avanzadas. En los casos que ya presentan enfermedad metastásica (diseminación linfática), el tratamiento depende la posibilidad técnica de lograr resecciones quirúrgicas completas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bruix Tudó J, Llovet Bayer M, Bru Saumell C. Tumores del hígado. En: Farreras Valentí A, Rozman C. Medicina Interna. 16ª ed. Elsevier: 2009. p. 399-403.
2. EASL-EORTC Clinical Practice Guidelines: management of hepatocellular carcinoma. J Hepatol. 2012;56(4):908-43.
3. Gómez Senet S, Gómez Raposo C, Segura Cabral JM. Guía para el diagnóstico, estadificación y tratamiento del hepatocarcinoma. Medicina Clínica. 2007;128:19.