



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

## 212/2508 - Distensión abdominal sospechosa

P. Machado Fernández<sup>a</sup>, A. Ismaili<sup>a</sup>, C. Jiménez Peiro<sup>b</sup>, M. Reyes Castro<sup>b</sup>, B. Henares Sánchez<sup>d</sup>, A. Gargallo<sup>b</sup>, J. Cañiz<sup>a</sup>, C. Cossío Álvarez<sup>a</sup> y S. Córdoba Peralta<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Medico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Martorell. Barcelona. <sup>b</sup>Médico Residente; <sup>d</sup>Médico de Familia. EAP Martorell Urbà. Barcelona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 69 años, acude por dolor abdominal epigástrico punzante no irradiado, con sensación de plenitud de dos semanas de evolución, sin relación con las comidas. Se acompaña de aumento del estreñimiento. Niega productos patológicos en heces, vómitos, pirosis, pérdida de peso o fiebre. Visitada hace una semana desde urgencias en tratamiento dietético y con cleboprida/simeticona sin mejoría. No alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos. DL, DM II, HTA. *H. pylori* erradicado. Colelitiasis asintomática. Tratamiento habitual: enalapril 20 mg: 1-0-0, Lantus: 28 ui-0-0, omeprazol 20 mg: 1-0-0, Ristfor 50/1.000 mg: 1-0-0, simvastatina 40 mg: 0-0-1.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 153/86 mmHg. FC: 106 lpm. T<sup>a</sup>: 35 °C. Buen estado general, consciente, orientada, normocoloreada, normohidratada. Auscultación cardiopulmonar: normal. Abdomen: distendido, no masas palpables, doloroso en epigastrio e hipocondrio izquierdo, no irritación peritoneal, peristaltismo conservado. Tacto rectal: normal. Analítica: hematíes  $4,42 \times 10^{12}/L$ , Hb 12,1 g/dl, Htco 37,9%, VCM 85,7 fl, plaquetas  $385 \times 10^9/L$ , leucos  $6,78 \times 10^3/mm$  (fórmula normal). Coagulación normal, glucosa 217 mg/dl, creatinina 1 mg/dl, FG > 60 ml/min. Función hepática normal, ionograma normal, PCR elevada, CEA negativo, CA125 no consta. Rx de abdomen: no edema de asas ni signos oclusivos. Rx tórax: normal. TC abdominal: abundante ascitis en pelvis con implantes tumorales. Neoformación de origen desconocido. Ecografía ginecológica: tumoración 37 × 30 × 25 mm en pelvis, nódulos tumorales pequeños y abundante ascitis. Paracentesis evacuadora: líquido exudativo. Laparoscopia diagnóstica: biopsia peritoneal y anexectomía derecha. Anatomía patológica definitiva: carcinoma papilar alto grado, afectación múltiple (trompas, ovario izquierdo, útero, diafragma, apéndice), adenocarcinoma metastásico en ganglios pélvicos y aórticos. Quimioterapia: neo y/adyuvante. Laparotomía: histerectomía, omentectomía y peritonectomía de cúpula diafragmática, fulguración de implantes mesentéricos, apendicectomía, linfadenectomía pélvica y aórtica.

**Juicio clínico:** Neoplasia de ovario derecho en mujer de 69 años, a raíz de dolor abdominal inespecífico y distensión abdominal. TC sospechoso de implantes tumorales y presencia de líquido ascítico con anatomía patológica concluyente.

**Diagnóstico diferencial:** Meteorismo, pirosis, enfermedad ulcerosa, pancreatitis, gastritis/gastroenteritis, obstrucción intestinal, infarto agudo de miocardio.

**Comentario final:** Los procesos malignos suponen la segunda causa más frecuente de ascitis, constituyendo un 10% de los casos. El tumor generalmente responsable es de ovario o del tubo digestivo. La neoplasia de

ovario constituye la primera causa de muerte por cáncer de origen ginecológico en países desarrollados y la quinta neoplasia en incidencia en mujeres, siendo la edad media al diagnóstico de 63 años.

## Bibliografía

1. López Vicente J, Torres Macho J. Ascitis Manual de diagnóstico y terapéutica Médica. Hospital 12 de Octubre, 6<sup>a</sup> ed. Madrid: Univadis, 2007:594-8.
2. Fernández Calvo O, Charlín Pato G. Cáncer de ovario Fisterra, 2015.

*Palabras clave:* *Ovario. Distensión. Neoplasia.*