



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

242/939 - ME FATIGO... REALIDAD TRAS UN "SIMPLE" DOLOR ABDOMINAL

C. Montilla Castillo^a, S. Verdion Martín^b, G. Ayala Gonzales^a, C. Laserna del Gallego^c, M. Marin-Luquero Ibáñez^d y T. Pozurama Asenjo^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla II. Valladolid. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pilarica. Valladolid Este. Valladolid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla I. Valladolid. ^dMédico Internista. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Rondilla II. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 70 años, no RAMC. Antecedentes: HTA, angina inestable. IQ: osteocondritis esternal. Exfumadora. Tratamiento: Micardis plus, estatina y Adiro. Acude a su MAP por dolor abdominal generalizado tipo cólico hace 6 días sin vómitos ni diarrea, si fiebre, dolor no irradiado, no impide descanso nocturno. Previamente estaba cansada sin pérdida de apetito ni peso. Estos días se ha notado algo más fatigada con el esfuerzo. Se deriva a la UDR para ampliar el estudio.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 108/70 mmHg. Fc: 100 lpm. SatO2 basal: 92-93%. Buen estado general. Auscultación cardiopulmonar: rítmica, murmullo conservado, Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes sin alteraciones, blando, depresible no doloroso. Sin masas ni visceromegalias. Extremidades inferiores: sin edemas, no signos TVP. Analítica: hemograma: Hb: 10,7, Hto: 32,0%, VCM: 85,1. Leucocitos: 11.000 (N: 70,6%), VSG: 66. Bioquímica: función renal. Perfil lipídico, perfil hepático e iones normales. Fosfatasa alcalina: 128. Ferritina: 400,0, PCR: 119 mg/l. Dímero D 20.400. Rx de tórax: atelectasias basales. ECG: ritmo sinusal. Sin alteraciones de la repolarización. Ecografía abdominal: hígado, bazo, área pancreática, calibre aórtico, vesícula, vía biliar, calibre portal, ambos riñones sin hallazgos. Vejiga vacía no valorable. Importante ascitis. Angio-TAC: defectos de repleción en arterias pulmonares segmentarias y subsegmentarias en prácticamente todos los lóbulos de ambos pulmones, en relación con TEP agudo. No derrame pleural ni pericárdico. En los cortes incluidos de abdomen se observa gran cantidad de líquido libre con implantes nodulares a nivel del omento mayor y peritoneales. Hallazgos sugestivos de diseminación neoplásica peritoneal.

Juicio clínico: TEP bilateral.

Diagnóstico diferencial: Taponamiento cardíaco, IAM, estado de hipercoagulabilidad, pericarditis.

Comentario final: El riesgo de enfermedad tromboembólica venosa es 4-7 veces superior en pacientes con cáncer respecto a los sujetos sin cáncer. Se ha descrito un estado de hipercoagulabilidad asociado a diferentes tipos de enfermedades neoplásicas, que se relaciona con la activación del sistema hemostático. En el caso de nuestra paciente que aún estaba en estudio por dolor abdominal, la clínica de fatiga en aumento fue la clave para hacer un diagnóstico a tiempo.

Bibliografía

1. Roy PM, Moumneh T, Penalosa A, Sánchez O. Outpatient management of pulmonary embolism. *Thrombosis research*. 2017;155:92-100.

Palabras clave: Hipercoagulabilidad. Enfermedad trombótica. Ascitis.