



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/2350 - NO TE DEJES ENGAÑAR POR LAS APARIENCIAS

C. Pérez Ibáñez^a, F. Armenteros Torres^b, J. Cañada Aranda^c y M. Guerrero Cruces^d

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Fuensanta. Córdoba. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 68 años sin antecedentes de interés, no toma medicación de forma habitual. Acude al servicio de urgencias en tres ocasiones en el último mes por náuseas y vómitos diarios. Asocia otros síntomas digestivos, como epigastralgia y pirosis, no asociados con la ingesta. También cuenta pérdida de peso de 10-12 kg en un mes. No síntomas ginecológicos. Niega alteración del tránsito intestinal. No otra sintomatología asociada. Ingresa a cargo de MI con juicio clínico de síndrome constitucional a estudio.

Exploración y pruebas complementarias: La paciente impresiona de regular estado general. Anorexia y palidez mucocutánea. Abdomen distendido, hepatomegalia de dos traveses dura e indolora. Matidez generalizada. Molestias generalizadas a palpación profunda. Analítica: hemograma normal. Bioquímica: se observa un leve aumento de enzimas de colestasis (FA 96, GGT 77), resto normal. Coagulación normal. Serología hepatitis negativa. Marcadores tumorales: CA 125 63, CA 15.3 49, resto negativos. TC torácico-abdominal: hallazgos en relación con carcinomatosis peritoneal probablemente de origen mucinoso. Se observan masas pélvicas (probablemente anexiales) y lesiones suprarrenales izquierdas no catalogables (posibilidad metastásica). Dudosa lesión hepática superficial vs implante peritoneal. Estos hallazgos sugieren principalmente neoplasia de tracto GI u ovario. EDA: esofagitis erosiva. Úlcera duodenal fibrinada Forrest III. Colonoscopia: rigidez y leve disminución de la luz en unión rectosigmoidea en probable relación con atrapamiento extrínseco. Ecografía abdomino-vaginal: líquido libre en todos los cuadrantes. Engrosamiento omental sugestivo de carcinomatosis. Al menos 3 formaciones quísticas a nivel del anejo izquierdo y otra formación con contenido sólido. Se realiza BAG guiada por ecografía. AP: carcinoma indiferenciado de alto grado. La neoplasia muestra expresión de citoqueratina de amplio espectro (AE1/AE3) y p-53, ambas de forma difusa y sólo expresión focal de citoqueratina 20.

Orientación diagnóstica: Carcinomatosis peritoneal secundaria a carcinoma indiferenciado de alto grado de posible origen ovárico.

Diagnóstico diferencial: Neoplasia digestiva. Linfoma. Hepatitis subaguda.

Comentario final: Aunque la mayoría de los síntomas digestivos corresponden con patología banal, no hay que dejarse engañar y saber detectar síntomas de alarma que nos pueden llevar a enfermedades que puedan poner en riesgo la vida del paciente.

Bibliografía

1. Hainsworth JD, Greco A. Adenocarcinoma of unknown primary site. UpToDate, 2017.
2. Coccolini F, et al. Peritoneal carcinomatosis. World J Gastroenterol. 2013;19(41):6979-94.

Palabras clave: Carcinomatosis. Adenocarcinoma. Vómitos.