



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/1775 - VOLVER A LAS BASES. ERRORES CUANDO LA EXPLORACIÓN FÍSICA SE OBVIA

M. López Baña^a, M. López Sebio^b y J. López Campos^c

^aMédico de Familia. Punto de Atención Continuada. Carballiño. Ourense. ^bEnfermera. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña. ^cMédico de Familia. Centro de Salud de Padrón. A Coruña.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 62 años, con antecedentes de cirugía ginecológica (histerectomía a los 36 años) que el 30/04 requiere asistencia en URG AP por distensión abdominal dolorosa, descrita como “abdomen globuloso, blando, depresible, con dolor generalizado a la palpación, no masas ni signos de irritación peritoneal”, que se trata con cleboprida y simeticona. Nueva consulta el 02/05 por persistencia de la sintomatología y cansancio. No consta exploración. Se adiciona mebeverina y paracetamol. Se solicita analítica. El 06/05 aqueja agravamiento sintomático con cansancio, pérdida de apetito y náuseas posprandiales y, “desde ayer, dolor a la palpación en región epigastrio que irradia a costado izquierdo y no mejora con cambios posturales”. Se deriva a URG hospitalarias en donde se informa de “abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación de forma difusa, siendo mayor el dolor en el epigastrio. Blumberg y Murphy, negativos. Puñopercusión renal negativa, bilateral”. El 16/05 es visitada por su MAP, sin que conste exploración clínica.

Exploración y pruebas complementarias: El 26/05 aqueja “hinchazón abdominal, dolor epigástrico, en cinturón, cansancio, astenia, disnea de esfuerzos moderados e intensidad creciente”, sin otra clínica. A la exploración “distensión abdominal, con abultamiento de los flancos dolor difuso a la palpación, matidez en los flancos e hipogastrio cambiante con la posición de la paciente, signo de la onda ascítica positivo RHa presentes. No circulación colateral ni edemas en porciones declives”. Se realiza ecografía en la que se observa líquido libre en la cavidad abdominal, sin partículas, que delimita las estructuras intraperitoneales. Se deriva a su MAP, con posterior derivación a URG hospitalarias e ingreso, realizándose en urgencias una paracentesis de 12 litros. Al alta, diagnóstico de adenocarcinoma de ovario con carcinomatosis peritoneal.

Orientación diagnóstica: Dolor y distensión abdominal.

Comentario final: Definida la ascitis como acumulación patológica de líquido en la cavidad peritoneal, constituye un síndrome que debe de incluirse en el diagnóstico sindrómico diferencial de pacientes con distensión abdominal progresiva. En el presente caso, llama la atención que en las visitas previas al 26/05, no se detectasen, en una paciente con refractariedad al tratamiento sintomático pautado, signos de ascitis, posiblemente resultado de una incompleta exploración clínica, que es un importante pilar en el proceso diagnóstico gastrointestinal en el ámbito de la AP, y la no inclusión de la ascitis entre las posibles causas de distensión abdominal.

Bibliografía

1. Runyon BA. Ascites and spontaneous bacterial peritonitis. En: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds. Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease: pathophysiology, diagnosis, management, 10ª ed. Philadelphia, Saunders-Elsevier, 2016: 1553-76.

Palabras clave: Dolor abdominal. Distensión abdominal. Ascitis.