

347/3977 - "QUÉ MALITA ESTOY". ¿SERÁ LA DEPRESIÓN?

M. Ferrer Frías^a, T. Guerrero Ruiz^b y A. Pérez Rodríguez^a

^aMédico de Familia. El Barrio de Monachil. Granada. ^bMédico. SCCU Virgen de las Nieves. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 70 años que acude a consulta por dolor abdominal desde más de dos años y vómitos incoercibles desde hace dos días que anteriormente habían atribuido a su síndrome depresivo. La paciente presentaba moderado estado general quejas de dolor abdominal difuso palidez marmórea y en cuadro de desorientación achacado en su entorno a benzodiacepinas. TA 120/70. Glucemia 73. Se deriva a urgencias, durante su estancia comienza con deterioro general progresivo además movimientos tonicoclónicos de ambas extremidades.

Exploración y pruebas complementarias: Gran afectación del estado general, distermia importante diaforesis y taquipnea a 40 rpm. Abdomen con Blumberg +, Murphy -y defensa involuntaria. Analítica hipercalcemia grave 16,4 con creatinina 1,98, urea 121, ácido úrico 16,8, LDH 575, K 3,30, NA 139, así como PCR 99. Se realiza TAC abdomino-pélvico donde se observa aumento de densidad de la grasa del omento mayor que puede corresponder a carcinomatosis peritoneal. Cavidad uterina con colección en su interior, aumento del tamaño del cuello uterino. Se informó a sus familiares del mal pronóstico.

Orientación diagnóstica: Probable carcinoma de cérvix y/o endometrio con sospecha de carcinomatosis peritoneal. Hipercalcemia grave tumoral. Linfoma.

Diagnóstico diferencial: Cáncer de cérvix. Cáncer de ovario. Implantes peritoneales de primario desconocido. Linfoma B difuso de células grandes.

Comentario final: Ante la mejoría clínica se ajustó tratamiento de hipercalcemia con corticoides administrando insulina rápida por hiperglucemia iatrogénica. Comienza con buena diuresis despierta y colaboradora. Se decide comenzar con QT adyuvante. Pero desde anatomía patológica informan de diagnóstico definitivo linfoma de células B difuso. En cualquier paciente deberá sospecharse patología orgánica ya que en estos casos los síntomas neurológicos y del estado de ánimo se asocian frecuentemente, a tumores.

Bibliografía

1. Solidoro A. Linfomas Non-Hodgkin. Diagnóstico. 1981;7:93-106.
2. Talamonti MS, Dawes LG, Joehi RI, et al. Gastrointestinal lymphoma. Arch Surg. 1990;125:972-7.
3. Walker MS. Sarcomas del intestino delgado. Cirugía del Intestino delgado. Salvat Editores, 1990: p. 241-53.

Palabras clave: Hipercalcemia tumoral neo de ovario. Carcinoma de cérvix. Linfoma B difuso.