

347/3574 - LA IMPORTANCIA DE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA

B. Costa Martínez^a, D. Peñalver Espinosa^a, M. Cánovas Sánchez^b y P. Andújar Brazal^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistalegre-La Flota. Murcia. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistalegre-La Flota. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 62 años que consulta por: dolor abdominal a nivel de hipocondrio y fosa renal izquierda. Como AP: HTA en tratamiento. Obesidad. Asma bronquial. Diverticulosis colónica. Fibromialgia e hiperfrecuentadora. Colecistectomizada hace 10 años. Refiere dolor abdominal recurrente y carácter cólico a nivel de hipocondrio izquierdo y fosa renal izquierda de aproximadamente 2 meses de evolución, mayor en los últimos 5 días. Asociando intensas náuseas e hiporexia secundaria. Pérdida de peso no cuantificada. No fiebre termometrada. No alteración del hábito intestinal. No síndrome miccional. Ha consultado en varias ocasiones por este motivo tanto en consulta como en urgencias. Incluso fue remitida a urología, descartando cólico nefrítico.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general. Normohidratada. Palidez cutánea. TA: 120/84, FC: 88 ppm, SATO2: 96% basal, T^a: 37 °C. Auscultación cardiopulmonar: normal. Abdomen algo distendido. Doloroso moderadamente a la palpación a nivel de hipocondrio y de fosa renal izquierda con defensa abdominal voluntaria, sin signos de irritación peritoneal. Puño percusión renal izquierda positiva y derecha negativa. No masas ni visceromegalias. Peristaltismo conservado. MMII: no signos de TVP. Pulsos distales conservados. Analítica: bioquímica con función hepática y amilasa normal. LDH 1.230 UI/l, VSG 60 mm. Leucocitosis con neutro filia. Orina normal. Se solicita ecografía abdominal preferente pero ante empeoramiento clínico y las múltiples consultas, remitimos a urgencias para realización de pruebas complementarias. TAC abdominal: tumoración necrosada de colon descendente que infiltra polo inferior de riñón izquierdo y uréter. No metástasis. Se ingresa en cirugía realizando hemicolectomía izquierda-nefrectomía. Inicia quimioterapia.

Orientación diagnóstica: Adenocarcinoma de colon.

Diagnóstico diferencial: Cólico renal izquierdo, diverticulitis aguda.

Comentario final: Desde Atención Primaria es importante no sólo una adecuada anamnesis y exploración física, también el diagnóstico diferencial. Es importante valorar la evolución clínica de los pacientes. Muchas patologías graves inician su clínica con síntomas inespecíficos que pueden despistarnos del síntoma guía. Con este caso pretendemos subrayar las diferentes formas de presentación de patologías frecuentes, de hecho, nuestra sospecha clínica inicial fue de cólico nefrítico.

Bibliografía

1. Macrae FA, Bendell J. Clinical presentation, diagnosis, and staging of colorectal cancer. UptoDate, 2018.

Palabras clave: Neoplasias. Colon. Dolor abdominal.