

## 424/3104 - LO QUE UNAS MOLESTIAS ABDOMINALES ESCONDEN

D. López Chaves<sup>1</sup>, J. Garzón Aguilar<sup>1</sup>, M. García Sánchez<sup>2</sup> y M. Generoso Torres<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana. Granada.<sup>2</sup>Médico de Familia. Centro de Salud La Chana. Granada.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 57 años sin antecedentes personales de interés y con antecedentes familiares de cáncer de colon en padre y hermano (colonoscopia normal hace 7 años) que, acudiendo a consulta de Atención Primaria (AP) por otro motivo, refería presentar molestias inespecíficas intermitentes en hipocondrio izquierdo, sin nada llamativo a la exploración. Se pautó simeticona y se recitó para revisión. Acudió nuevamente por continuar con molestias en hipocondrio izquierdo, ahora continuas. No náuseas ni vómitos. Afebril. No cambios en el ritmo intestinal. Heces sin productos patológicos. No síndrome miccional. No pérdida ponderal, No anorexia. No ictericia, no coluria ni acolia. Algias lumbares. Tras conocerse el diagnóstico final se derivó al especialista de Digestivo.

**Exploración y pruebas complementarias:** Solamente destacaban molestias a la palpación profunda de hipocondrio izquierdo. Glucemia: 141 mg/dl (sin hiperbilirrubinemia, ni patrón de colestasis). SOH: positiva. AP: ecografía abdominal preferente: múltiples lesiones hepáticas. AP: TC toracoabdominopélvico preferente: masa compatible con neoplasia en cola de páncreas con metástasis hepáticas y retroperitoneales diversas.

**Orientación diagnóstica:** Primeras visitas en AP: meteorismo versus dispepsia versus diverticulosis. Tras realizar pruebas: patología maligna (cáncer colorrectal).

**Diagnóstico diferencial:** Ante la no mejoría del que era un probable cuadro de meteorismo, y aún sin síntomas sugerentes de patología pleuropulmonar, radicular, nefrourológica (litiasis, pielonefritis), esplénica (infarto, aneurisma), digestiva ulcerosa (úlcera péptica) o inflamatoria (gástritis, EII, pancreatopatías), o síntomas de alarma para malignidad, se solicitó preferente una ecografía abdominal y una analítica completa con test de SOH para valorar si repetir colonoscopia y descartar patología maligna.

**Comentario final:** Ante un cuadro aparentemente banal, con una presentación atípica (sin síndrome constitucional asociado ni clínica alguna de pancreatopatía) y sin más datos que orientaran al diagnóstico final, la acertada actuación desde AP fue no subestimar el síntoma guía y agotar los recursos disponibles desde nuestra especialidad, para tras la ecografía reconducir el caso hacia una patología maligna que apuntaba a un probable origen colónico (antecedentes familiares, SOH positiva, localización metastásicas); y que finalmente terminó siendo pancreático.

### Bibliografía

- Galindo-Ortego G. Dolor abdominal crónico o recidivante. En: Espinás Boquet J. Guía de práctica clínica SEMFYC, 3<sup>a</sup> ed. Barcelona: Semfyc ediciones; 2006. p. 300-6.

**Palabras clave:** Dolor continuo.