

424/1442 - EN LA JUVENTUD, NO TODO ES BENIGNO

S. Zarza Martínez¹, C. Carrillo Martínez², C. Guerrero Argumánez³ y B. Serrano Montalbán³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital la Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real.²Enfermero. Hospital la Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alcázar 2. Ciudad Real.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 23 años sin antecedentes de interés, acude por presentar tumoración en flanco derecho de 2 semanas de evolución. No doloroso ni otros síntomas asociados. Refiere pérdida de peso desde hace unos meses que relaciona con aumento de ejercicio. Se explora, se realiza analítica sanguínea y se deriva a Cirugía para valoración.

Exploración y pruebas complementarias: Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando y depresible. Ruidos conservados. Puño percusión bilateral negativa. Se palpa pequeño nódulo en flanco derecho (¿posible lipoma?). No doloroso a la palpación, ni megalias. No signos de irritación peritoneal. Analítica: hemoglobina 13,1 g/dL, leucocitos 7.400/uL, creatinina 0,94 mg/dl, filtrado glomerular CKDEPI 85 mL/min, glucemia 93 mg/dl, Resto sin alteraciones. Un mes después (semana anterior a consulta con Cirugía) vuelve a consulta. En la exploración abdominal palpamos efecto masa de consistencia dura en flanco derecho, sin palpar clara dependencia. No aceleramos trámites, ya que la paciente tiene cita unos días después. TAC abdominal: Masa sólida y necrótica retroperitoneal derecha, de 17 × 14 × 10 cm de diámetro máximo de origen renal sustituyendo casi todo el parénquima renal derecho. La masa desplaza y contacta íntimamente con: Cabeza de páncreas y 3^a porción duodenal. Vena cava inferior, que se encuentra casi colapsada por completo y podría estar invadida. Músculo psoas derecho. Parénquima hepático derecho. Pequeña cantidad de ascitis pélvica. No se aprecian adenopatías patológicas ni metástasis a distancia. La paciente posteriormente presenta metástasis óseas y pulmonares. Es tratada con quimioterapia neoadyuvante, presentando toxicidad hematológica y falleciendo por shock séptico.

Orientación diagnóstica: Sarcoma de Ewing.

Diagnóstico diferencial: Lipoma. Linfoma. Tumor de origen renal, intestinal o suprarrenal.

Comentario final: En personas jóvenes, tenemos menor sospecha de patología maligna por ser poco frecuente y por sus consecuencias, con lo que se atrasa el diagnóstico. Ante una tumoración debemos plantearnos diagnóstico diferencial de patología benigna y maligna, haciendo hincapié en síntomas de alarma (pérdida de peso, fiebre recurrente, astenia) y realizar estudio independientemente de la edad del paciente.

Bibliografía

1. Steuber CP. Clinical assessment of the child with suspected cancer. [Internet]. UpToDate, 2019. (Acceso Julio 4, 2019). Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-assessment-of-the->

child-with-suspected-cancer

Palabras clave: Masa abdominal. Sarcoma. Joven.