



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

482/626 - DOLOR HIPOGÁSTRICO

A. Ruiz Pontes¹, D. Vinciguerra¹, A. Rullán Rabassa² y M. Rozene²

¹Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Florida Sud. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. ²Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Florida Nord. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 59 años, exfumadora, nuligesta, menopausia a los 48 años, sin otros AP, que acude al CAP por dolor en hipogastrio de tipo cólico irradiado a fosa lumbar izquierda de 2 semanas de evolución. También refiere astenia, anorexia y pérdida de 4 kg estas últimas 2 semanas. Niega fiebre, síndrome miccional, cambios de ritmo deposicional, cambios del flujo vaginal ni ext. sangrado.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril, normotensa, normocárdica. REG, NC, deshidratación de mucosas. EVA 4. Peso 52 kg. AR: MVC. ACV: tonos cardiacos rítmicos sin soplos. Abdomen: peristaltismo preservado. Blando y depresible, leve dolor en hipogastrio, no signos de irritación peritoneal. No visceromegalias, no masas. PPLB negativa. Tira de orina: leucocitos +, hematíes +, nitritos negativos. Se orienta como síndrome constitucional. Petición analítica CAP, analgesia oral y visita en 5 días: leucocitosis de 17.000 (N 14.780, L 1.230), IRA FG 4 ml/min, aumento RFA y colestasis disociadas. Se deriva al servicio de urgencias hospitalarias, donde se coloca SV, se inicia sueroterapia. Gasometría con acidosis metabólica pH 7,185, iones orina Na 30 mmol/L, K 41 mmol/L. Por sospecha de obstrucción renal se realiza TC abdominal sin contraste, en el que se observa dilatación pielocalicial bilateral condicionada por masas intraabdominales anexial derecha y paraórtica izquierda, gran masa lobulada en útero, con adenopatías retroperitoneales y pélvicas y líquido libre en pelvis. Urología realiza nefrostomía bilateral e ingresa en Ginecología. Engrosamiento endometrial ecografía, se toman biopsias: diagnóstico definitivo de adenocarcinoma endometrioides de alto grado. Estudio de extensión con diseminación linfática pélvica y retroperitoneal. Valorada por Oncología, inicia QT neoadyuvante.

Orientación diagnóstica: 1. Adenocarcinoma endometrioides de alto grado con diseminación linfática. 2. Insuficiencia renal aguda severa de causa obstructiva secundaria a 1.

Diagnóstico diferencial: Procesos biliopancreáticos, perforación/obstrucción intestinal, patología renoureteral, diverticulitis, estreñimiento, EII, quiste/torsión ováricos, salpingitis, EIP, hematoma pared abdominal, procesos neoplásicos urológicos/ginecológicos.

Comentario final: Este caso permite la revisión del diagnóstico diferencial del dolor abdominal agudo en hipogastrio. A destacar la importancia de la detección precoz de síndrome tóxico desde el CAP.

Bibliografía

1. Suárez Pita D, Vargas Romero JC, Salas Jarque J, Losada Galván I, Miguel Campo B, et al. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 8ª ed. Madrid: Jiménez Godoy S.A.; 2016.

Palabras clave: Dolor abdominal. Caquexia. Carcinoma endometrioides.