

349/100 - DOLOR ABDOMINAL AUTOLIMITADO, ¿GASTROENTERITIS?

J. Teruel Ríos¹; M. Leal Hernández²; M. Pérez Valencia³; A. Kramer Ramos¹; J. Bernabé Mora¹; Y. Bautista Martír¹.

¹Médico Residente. Centro de Salud Sangonera La Verde. Murcia.;²Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés. Murcia.;³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 77 años, hipertensa en tratamiento con indapamida 2,5 mg/24 horas, no AMC, que acude a su médico por epigastralgia. Exploración física: normal. Se diagnostica de dolor abdominal inespecífico se trata con omeprazol 20 mg/12 horas. 5 días después acude a su servicio de urgencias por persistencia del dolor. Tras analítica y exploración normal es diagnosticada de síndrome ansioso depresivo, tratada mediante analgesia y benzodiacepinas. Una semana después acude de nuevo a su médico y se añade sertralina 50 mg un comprimido cada mañana. Tres meses después acude de nuevo por malestar, dolor abdominal y tras palpar masa en hemiabdomen inferior es derivada de nuevo a urgencias donde se objetiva una amilasa de 1299 UI/L. Es ingresada siendo diagnosticada como pancreatitis aguda.

Exploración y pruebas complementarias: Ecografía abdominal: gran masa sólida heterogénea polilobulada con probable origen anexial y con extensión hasta epigastrio. Sin poder descartar conglomerado adenopático retroperitoneal.

RMN pélvica: Masa gigante de probable origen endometrial uterino y ovario izquierdo con ascitis y adenopatías iliacas desde bifurcación. Difusión confirma los hallazgos de malignidad. Biopsia endometrial: Adenocarcinoma de alto grado, más compatible con adenocarcinoma seroso de endometrio (tipo II). Resultados inmunohistoquímicos: ki-67 superior en zonas al 80-90%; positividad para p16 y p53; negatividad para receptor de progesterona.

Juicio clínico: Adenocarcinoma seroso de alto grado de origen endometrial T3a N1 M0, estadio IIIC.

Diagnóstico diferencial: Pancreatitis aguda, apendicitis, diverticulitis, cáncer de colon, cáncer de vejiga.

Comentario final: El dolor abdominal debe ser considerado como un auténtico desafío clínico. Su evaluación requiere de un conocimiento básico de los mecanismos responsables del dolor, así como su etiopatogenia, patrones de presentación y también de aquellos factores que con frecuencia conducen a error.

Bibliografía

Brandner P, Neis KJ. Diagnosis of endometrial cancer and its precursors. *Contrib Gynecol Obstet* 2000;20:27-40.

Lacey JV Jr, Leitzmann MF, Chang SC, Mouw T, Hollenbeck AR, Schatzkin A, Brinton LA. Endometrial cancer and menopausal hormone therapy in the National Institutes of Health-AARP Diet and Health Study cohort. *Cancer* 2007;109:1303-11.

Khunnarong J, Tangjitgamol S, Srijaipracharoen S. Other Gynecologic Pathology in Endometrial Cancer Patients. *Asian Pac J Cancer Prev* 2016;17:713-7.