Semergen. 2018;44(Espec Congr 1):26

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

349/13 - UN DOLOR ABDOMINAL CON FINAL INESPERADO

B. Sanchís Pardo[1]; M. Tovar Peñaranda[1]; N. Ñiguez Baños[2]; M. Rodríguez Romero[3]; B. Costa Martínez[4]; T. Segura Úbeda[5].

[1]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia-Centro San Juan.; [2]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Goya. Madrid.; [3]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Profesor Jesús Marín. Molina de Segura. Murcia.; [4]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistalegre-La Flota. Murcia.; [5]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa María de Gracia. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 83 años alérgica a tramadol y AINES con antecedentes médicos de leucopenia con neutropenia y antecedentes quirúrgicos de colecistectomía e histerectomía + ooforectomía izquierda. Consulta por dolor abdominal localizado en hipogastrio y fosa iliaca izquierda intermitente desde hacía unos 5 días pero que en los últimos 3 días se había vuelto continuo aumentando de intensidad y no respondiendo a analgesia, por lo que decide consultar. Durante el último mes había presentado dolor abdominal difuso de forma ocasional y que asociaba a meteorismo. No presentaba nauseas, vómitos, diarrea, síndrome miccional ni fiebre. Hábito intestinal habitual estreñido con última 4 días atrás. No otra sintomatología en el resto de anamnesis por aparatos.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: BEG, Tª 37.3. ACP normal. ABD: distendido y globuloso, doloroso a la palpación en FII e hipogastrio con irritación peritoneal local sin presencia de masas ni visceromegalias. Puño percusión renal bilateral negativa. Ante datos de exploración enviamos a la paciente a urgencias para realización de pruebas complementarias. Analítica con bioquímica, hemograma y anormales y sedimento en orina normales. Radiografía abdominal: luminograma intestinal normal. TC abdominopélvico con contraste: aumento del tamaño del ovario derecho, de aspecto sólido de unos 41x29mm sugestivo de proceso neoplásico subyacente, moderada cantidad de ascitis con áreas de engrosamiento peritoneal, imagen pseudonodular proyectada sobre hígado. Conclusión: Carcinomatosis peritoneal por probable neoplasia ovárica derecha.

Juicio clínico: Carcinomatosis peritoneal de origen ovárico.

Diagnóstico diferencial: ITU, obstrucción intestinal, diverticulitis de colon sigmoide, torsión anexial.

Comentario final: El dolor abdominal es un motivo de consulta frecuente en atención primaria con un amplio diagnóstico diferencial, en el que se encuentran patologías de diferente gravedad. Es por

tanto de gran importancia realizar una correcta historia clínica completada con una exploración física adecuada, que estas son las herramientas fundamentales que nos van a permitir realizar un correcto diagnóstico diferencial y un diagnóstico precoz de entidades potencialmente graves.

Bibliografía

Arroyo Masa, M.I. Matsuki Sánchez, L. Dolor abdominal agudo. En Guía de Actuación en Atención primaria. 4ª Edición. Barcelona: SemFYC; 201. P. 331-336.

Jiménez Murillo y Montero Pérez. Medicina de Urgencias y Emergencias. 5º Edición. Elsevier.

1138-3593 / © 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.