



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

P-360 - Si te alarma, busca

M. Montes Pérez^a, C.R. González^b, J. Villar Ramos^c, J. Andino López^a, W.R. Ferrero Ohse^a y K.P. Baldeón Cuenca^d

^aCS José Barros (Camargo Interior). ^bHUMV. ^cCS Dávila. ^dCS Besaya.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 75 años sin alergias medicamentosas conocidas y con antecedentes de hipertensión arterial, hipercolesterolemia e insuficiencia venosa crónica en tratamiento crónico con atorvastatina 10 mg, omeprazol 20 mg y eprosartan 600 mg. Acude a su médico de atención primaria refiriendo inflamación generalizada de toda la extremidad inferior izquierda sin otra clínica. Se deriva a urgencias para descartar TVP y es dada de alta hasta en dos ocasiones con Doppler venoso normal y niveles D-dímero de 6.500 y 14.500.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, consciente y orientada en tiempo, espacio y persona, eupneica en reposo, normocoloreada, normohidratada, normoperfundida. Constantes estables y afebril. AC: rítmica, sin soplos. AP: MVC, sin ruidos patológicos añadidos. Abdomen no se explora. Extremidad inferior izquierda edematosa hasta región inguinal, no dolorosa ni eritematosa. Extremidad inferior derecha no edematosa, sin signos de TVP. Pulsos pedios presentes. Eco-doppler miembro inferior izquierdo (1º): no hay signos de TVP femoropoplítea izquierda. Eco-doppler miembro inferior izquierdo (2º): no signos de trombosis venosa profunda. Edema del tejido celular subcutáneo de la extremidad inferior izquierda. Analítica: BQ: glucosa 90 mg/dL, urea 36 mg/dL, creatinina 0,70 mg/dL, filtrado glomerular estimado 83, ácido úrico 4,6 mg/dL, ALT 10 U/L, AST 16 U/L, gamma-GT 15 U/L, fosfatasa alcalina 61 U/L, bilirrubina total 2,0 mg/dL, LDH 183 U/L, colesterol 211 mg/dL, proteínas totales 7,1 g/dL, albúmina 4,2 g/dL, calcio 8,7 mg/dL, sodio 143 mEq/L, potasio 4,0 mEq/L, proteína C reactiva 0,7 mg/dL. TSH 5,08 mIU/L. HG: leucocitos 5.200, neutrófilos $3,29 \times 10^3$ /?L, linfocitos $1,21 \times 10^3$ /?L, monocitos $0,50 \times 10^3$ /?L, eosinófilos $0,16 \times 10^3$ /?L, basófilos $0,04 \times 10^3$ /?L, hemoglobina 14,3 g/dL. Hematócrito 43,0%, VCM 91,8 fL, plaquetas 151×10^3 /?L, VSG 34 mm. Dímero D 6.571 ng/mL (primer día). Dímero D 14.569 ng/mL (segundo día). Eco-abdomino-pélvica: cavidad abdominal ocupada prácticamente en su totalidad por formación quística multitabicada, con loculaciones de contenido con mayor ecogenicidad. Los tabiques son finos y uniformes. Descartar como primera posibilidad diagnóstica la formación quística de gran tamaño de origen anexial. Hígado de tamaño y morfología dentro de la normalidad. Vesícula distendida sin aparente contenido. Vías biliares no dilatadas. TAC tórax-abdomen-pelvis con contraste: gran masa que ocupa la totalidad de la pelvis y abdomen inferior de $28 \times 17 \times 30$ cm, multitabicada y sugestiva de cistoadenoma, probablemente mucinoso, dependiente del ovario derecho. Citología líquida de cérvix: negativa para lesión intraepitelial. Estudio AP de líquido ascítico: frotis negativo para células malignas. Marcadores: CEA 1,3 ng/mL, CA125 21,6 U/mL, CA19.9 13,5 U/ml. Proteinograma: elevación de alfa1 y alfa2 globulinas.

Juicio clínico: Cistoadenoma ovárico seroso gigante.

Diagnóstico diferencial: Descartada la trombosis venosa profunda de la extremidad y ante el dato analítico de elevación de dímero D puede pensarse en las causas que alteran el mismo: TVP, TEP, IAM, sepsis, cirugía reciente, neoplasia, enfermedad sistémica, Coagulopatía de consumo, anticoagulantes orales, malformaciones vasculares

Comentario final: En tercera instancia y tras ser dada de alta en dos ocasiones en el servicio de urgencias la paciente reacude a consulta refiriendo aumento progresivo de perímetro abdominal de meses de evolución explorándose un abdomen globuloso y distendido, no doloroso a la palpación, sin clara palpación de masas, y se solicita ecografía abdominal donde se haya gran formación quística que compromete el espacio de estructuras ilíacas. A pesar de pruebas de imagen no concluyentes, ante resultados analíticos llamativos es necesario ampliar la exploración física e incidir en la anamnesis con el fin justificar los hallazgos encontrados. En nuestro caso las pruebas se centraron en descartar TVP de una extremidad con la prueba de imagen a pesar del llamativo edema de extremidad, niveles de dímero D que aumentaron en la segunda prueba y abdomen distendido. Finalmente se diagnosticó gran formación quística abdominal en proceso actual de resolución quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

1. [Lecumberri R](#), [Pegenaute C](#), [Páramo JA](#). Aplicabilidad clínica de la determinación de dímero-D en pacientes con cáncer. Medicina Clinica. 2011;137:453-8.
2. [Fuentes Camps E](#), [del Val García JL](#), [Bellmunt Montoya S](#), et al. Factores clínicos que influyen en la probabilidad diagnóstica pretest de trombosis venosa profunda en pacientes ambulatorios. Angiología. 2015;67:373-9.