



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

P-261 - TUMOR IATROGÉNICO

M.I. Perea Casado^a, V. Rodríguez Neira^a, S. Bello León^b, M.J. Cardeñosa Cortes^a y R. Cenjor Martín^c

^aHospital Clínico San Carlos. ^bHospital Fundación Jiménez Díaz. ^cHospital Central de Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 46 años con antecedentes de histerectomía por metrorragias en 2008 en Ecuador. Acude a centro de salud por molestias en mesogastro de un mes de evolución que han ido en aumento y en ocasiones han llegado a producir náuseas y vómitos. No diarrea. No fiebre. Tras analítica normal se pauta omeprazol y citamos nuevamente. Al no mejorar en la segunda consulta, se solicita en el centro de salud nueva analítica, ecografía y radiografía abdominal.

Exploración y pruebas complementarias: En la segunda cita, la exploración física mostraba dolor a la palpación en mesogastro y periumbilical. En la analítica se objetivaron 13.700 leucocitos/UL con neutrofilia junto perfil abdominal elevado. La ecografía mostró obstrucción de intestino delgado. Se apreciaban numerosas asas dilatadas con abundante contenido líquido y líquido libre entre asas. En la radiografía de abdomen se objetiva patrón de obstrucción y calcificación en zona lateral izquierda de ampolla rectal sin poder especificar origen. Se solicita interconsulta urgente con cirugía general, quienes solicitan un TAC con diagnóstico de masa compatible con tumor y se realiza laparotomía. Anatomía Patológica confirma la presencia de un material extraño procedente de antigua cirugía, compatible con una gasa, rodeado por una intensa reacción inflamatoria gigantocelular con numerosas células multinucleadas de tipo cuerpo extraño.

Juicio clínico: Obstrucción por cuerpo extraño quirúrgico.

Diagnóstico diferencial: Adhesiones (9,4% de todas las obstrucciones). Hernias (2,5%). Vólvulos. Abscesos. Carcinomatosis. Endometriosis. Tumores. Síndrome de arteria mesentérica superior. Malformaciones congénitas. Enfermedad inflamatoria. Litiasis. Fecaloma. Cuerpo extraño quirúrgico o ingerido. Parásitos. Hematoma.

Comentario final: Es importante reseñar el interés de la atención primaria en la obstrucción intestinal crónica, ya que esta obstrucción comienza de manera intermitente con molestias inespecíficas, náuseas, vómitos esporádicos y distensión. La clínica suele ir empeorando. Es comprensible que este tipo de patología crónica sea diagnosticada en primer lugar por el especialista de atención primaria, quien, conoce al paciente y lo sigue. Sin la Atención primaria, esta patología habría sido diagnosticada de manera más evolucionada y por tanto con peor pronóstico. Por otra parte cabe destacar el paciente en concreto, el cual presentó una etiología con muy baja prevalencia (0,3 a 1,0 por 1.000 o 1 por 1.000-1.500 casos de obstrucción, según series). Este caso podría significar una llamada de atención a realizar un adecuado diagnóstico diferencial ante una clínica y unos antecedentes característicos independientemente de las causas más frecuentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Atay M, Ahmad IC, Bilgin M, Kocakoc E. Gossypiboma/textiloma mimicking as tumourrecurrence. *J Pak Med Assoc*. 2014;64:708-10.
2. Lv YX, Yu CC, Tung CF, Wu CC. Intractable duodenal ulcer caused by transmural migration of gossypiboma into the duodenum--a case report and literature review. *BMC Surg*. 2014;14:36.
3. Dickman E, Tessaro MO, Arroyo AC, Haines LE, Marshall JP. Clinician-performed abdominal sonography. *Eur J Trauma Emerg Surg*. 2015;41:481-92.
4. Torres Macho J, García de la Torre P, De Castro García M, García de Casasola G. Ecocardiografía clínica básica en urgencias: ¿podemos mejorar el pronóstico en algunos pacientes? *Emergencias*. 2015;27:209-10.