



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

## 452/34 - LA IMPORTANCIA DE HACER DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

D. Faneytt<sup>1</sup>, N. Castañeda de Faneytt<sup>2</sup>, D. Ferreras Gascó<sup>3</sup>, M. Soler Pérez<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Vendrell. Tarragona. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. <sup>3</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montreal del Campo. Teruel. <sup>4</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gallur. Zaragoza.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 37 años sin antecedentes oncológicos en familiares de primer grado quien consulta su médico de atención primaria por presentar desde hace 3-4 meses episodios de abdominalgia de predominio en flanco/fosa iliaca derecha asociado a síndrome constitucional, perdida de 15 kilos, anorexia y alteración del tránsito intestinal, por lo que se derivó a urgencias hospitalarias para valoración, donde inicialmente fue dado de alta con tratamiento analgésico y ferroterapia tras objetivarse analítica con parámetros anemia. Por tanto, al persistir síntomas vuelve a consultar días después y se decide ingreso hospitalario por dolor mal controlado.

**Exploración y pruebas complementarias:** Estable hemodinámicamente, delgadez, normocoloreado, consciente y orientado, abdomen: blando y depresible, masa palpable dolorosa en flanco/fosa Iliaca derecha, sin signos de irritación peritoneal. Se realizó analítica donde presentaba anemia microcítica-hipocrómica, así como reactantes de fase aguda elevados, por persistencia del dolor pese a tratamiento analgésico instaurado en urgencias se le realizó tomografía abdominal que mostraba voluminosa tumoración a nivel del ciego y colon ascendente compatible con proceso neoformativo primario con adenopatías locoregionales alrededor de la grasa mesentérica. Por dicho motivo, se ingresó a cargo del servicio de cirugía general quien completó estudio con colonoscopia donde se apreciaba neoformación estenosante, friable al roce y dura al tacto con la pinza, que ocupa los 4 cuadrantes de la luz del colon. Se realizaron múltiples biopsias que finalmente en la anatomía patológica mostró un adenocarcinoma de bajo grado con componente mucinoso. Antígeno carcinoembrionario y CA 19.9 normales. Posteriormente se programó hemicolecctomía derecha laparoscópica y quimioterapia adyuvante con evolución satisfactoria de su enfermedad.

**Juicio clínico:** Adenocarcinoma de colon derecho (ciego).

**Diagnóstico diferencial:** Apendicitis, enfermedad inflamatoria intestinal, celiaquía.

**Comentario final:** El cáncer colorrectal es una de las neoplasias más prevalentes en los países occidentales. En España, su incidencia se estima en 26.000 nuevos casos por año, y constituye la segunda causa de muerte por cáncer. La incidencia varía en función de la edad, incrementándose de forma notoria a partir de los 50 años. Más del 95% de los cánceres colorrectales son adenocarcinoma. La presencia de células en «anillo de sello», es típica del síndrome de Lynch, de las formas asociadas a la colitis ulcerosa y del cáncer colorrectal de individuos jóvenes. El mayor conocimiento de la historia natural y de los factores patogénicos implicados en el Cáncer colorrectal ha permitido la instauración de programas preventivos dirigidos a evitar su aparición, detectarlo precozmente o minimizar su impacto en el pronóstico del paciente. Por lo que desde atención

primaria tenemos un papel importante en poner en marcha estas herramientas para proveer cada día más un mejor sistema de salud.

## Bibliografía

Balaguer F, et al. Guía Cáncer Colorrectal. Hospital Clínic de Barcelona y Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona.

Asociación Española Contra el Cáncer. Disponible en: <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-colon/que-es-cancer-colon>

**Palabras clave:** Tumor. Ciego. Abdomen.