



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2754 - ESPLENOMEGALIA A ESTUDIO

M. García Muñoz^a, P. Barrado Sampietro^a, M. Masamunt Paris^a, S. Carbó Queraltó^a, N. Domene Martí^a, C. Sierra^a, M. Arenas Jiménez^a y M.G. Vía Alba^b

^aMédico de Familia; ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sant Ildefons. Cornellà de Llobregat.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 54 años, no hábitos tóxicos. Antecedentes familiares: hermana HTA Padre neoplasia próstata. Neoplasias (no conoce) en tíos maternos y paternos. Antecedentes patológicos: hernia hiatal. *Helicobacter pylori* erradicado. Colon irritable. Anemia ferropénica crónica (no filiada). Migraña. Tratamiento habitual: omeprazol 20 mg/24h, deprelío 25 mg/24h. Acude a urgencias por dolor abdominal irradiado a espalda en cinturón. Tras exploración clínica se descarta abdomen agudo, con analgesia convencional mejoría del dolor y es alta. Acude a médico de familia, en analítica básica amilasa pancreática discretamente elevada, se repite y ya sale normalizada. Ecografía abdominal: esplenomegalia gigante. Tras interconsulta medicina interna recomiendan TAC abdominal urgente y repetir análisis con VSG, proteinograma y beta-2-microglobulina. Aparece insuficiencia renal, empeoramiento anemia ferropénica, banda monoclonal IgM Kappa, aumento VSG (104 mm/h), aumento beta-2-microglobulina (13,40 mg/L). Se deriva urgente a hematología para estudio en espera del TAC abdominal.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: destaca abdomen distendido con ascitis, esplenomegalia palpable de 5-6 travesas. No adenopatías palpables. Análisis: Hb 78 g/L, VCM 74, plaquetas 295.000, leucocitos 7.400 (N: 3.200, L: 3.500), FG 35,9 ml/min, Fe 3,0, ferritina 244, IST 8,6%, proteinograma componente monoclonal IgM kappa, proteínas totales 85,0 g/L, serologías negativas, marcadores tumorales negativos. Sedimento orina: negativo. Aspirado médula ósea: 8% linfocitos, mínima infiltración por sd. linfoproliferativo. Biopsia médula ósea: linfoma zona marginal esplénica vs linfoma linfoplasmacítico. TAC abdominal: engrosamientos septales bases pulmonares. Gran esplenomegalia (18 cm) con pequeña lesión focal inespecífica. Importante dilatación de la vena porta. Adenopatías paraesofágicas. Infiltrado nodulillar de la grasa mesentérica con carcinomatosis. Engrosamiento mural de antro gástrico. Implante tumoral en la grasa perirrenal adyacente al polo superior renal izquierdo. Imagen nodular de 20 mm anexial derecha. Fecatest: positivo. Mamografía: sin alteraciones. Citología vaginal: se descarta malignidad. TAC torácico: discreto patrón reticular en bases pulmonares, algún micromódulo, nódulos en cisuras mayores. Múltiples ganglios mediastínicos, axilares, cadena mamaria interna izquierda, retrocraurales, espacios cardiofrénicos. Ascitis. Esplenomegalia, lesión focal inespecífica. Colonoscopia: no lesiones mucosas ni productos patológicos en todo el trayecto explorado. Escasos divertículos colónicos. Fibrogastroscofia: gastritis atrófica con biopsias negativas para proceso neoplásico. Citología líquido ascítico: linfocitos atípicos. PET-TC: probable proceso linfoproliferativo estadio IV, con extensa trabeculación de la grasa peritoneal, mediastínica y axilar, sugestiva de linfomatosis.

Importante esplenomegalia e hipermetabolismo de la médula ósea, todo ello sugestivo de infiltración tumoral. Biopsia grasa abdominal laparoscópica: pendiente.

Juicio clínico: Carcinomatosis peritoneal sin un claro origen primario.

Diagnóstico diferencial: Proceso neofornativo. Proceso linfoproliferativo.TBC.

Comentario final: La TBC peritoneal y la carcinomatosis peritoneal tienen clínica inespecífica. Pueden presentarse como un cuadro constitucional con ascitis y signos radiológicos similares. El abordaje laparoscópico, la toma de muestras y la decisión diferida útiles para no concurrir en errores diagnóstico-terapéuticos.

Bibliografía

1. García Zamora C, et al. Tuberculosis abdominal: diagnóstico diferencial de la carcinomatosis peritoneal. A propósito de tres casos. Cir Esp. 2014;92(Espec Congr):799.

Palabras clave: *Esplenomegalia. Anemia ferropénica. Carcinomatosis peritoneal. Linfoma.*