



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/933 - DOLOR ABDOMINAL SOSPECHOSO

A. Rubio Bernardo^a, B. Gacimartín Valle^b, A. Ramírez^c, M. Burgos Merchán^d, G. Bermúdez Ferrer^e y M. Esquilabre^f

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palacio de Segovia. Madrid. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Segovia. Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pozuelo San Juan de la Cruz. Madrid. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Segovia. Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ^eMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lavapiés. Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ^fMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monte Rozas. Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 50 años, con antecedentes fumador activo acude a urgencias por dolor abdominal. Refiere dolor difuso desde hace 3 días, que comenzó de forma aguda en zona periumbilical con extensión a todo el abdomen e irradiándose a cuello, sintiendo palpitations, sudoración fría, niega náuseas, vómitos, diarrea, dolor torácico y fiebre. Aumenta con los movimientos y disminuye en sedestación. Empeora con la ingesta. No pérdida de peso. No otros síntomas.

Exploración y pruebas complementarias: ACP rítmicos sin soplos. MVC conservado. Abdomen: RHA + doloroso a la palpación profunda en hipogastrio, ambos flancos e hipocondrios, siendo más doloroso el derecho. Blumberg dudoso positivo, Murphy positivo. Difícil de valorar masa o megalias. ECG: ritmo sinusal, a 66 lpm, rítmico, eje normal. Sin alteraciones de la repolarización aguda. Analítica: No leucocitosis, Hb 9,2, VCM 98, bioquímica, enzimas hepáticas, transaminasas en rango, buena función renal e iones. Radiografía abdominal: sin alteraciones. Rx tórax: ICT conservado. SCF libres, no derrame pleural. Masa pulmonar en LSI de bordes regulares. TAC abdominopélvico: hallazgos en probable relación con neoplasia primaria pulmonar. Probable linfangitis carcinomatosa en LSI. Hemoperitoneo secundario sangrado de metástasis esplénica.

Juicio clínico: Tumor pulmonar. Rotura esplénica.

Diagnóstico diferencial: Tumor pulmonar primario, metástasis tumoral, infección localizada.

Comentario final: El cáncer pulmonar es uno de los más frecuentes a nivel mundial. Entre el 80-90% de los casos es atribuible al consumo prolongado del tabaco. La clínica depende de su localización, siendo el síntoma más frecuente la tos. Se ha descrito que en el 90% de los casos los pacientes consultan por síntomas derivados del mismo. Su tratamiento y pronóstico depende de múltiples factores.

Bibliografía

1. Weinberger SE, Muller NL, King TE, et al. Diagnostic evaluation and management of the solitary pulmonary nodule. Uptodate, 2017.
2. Thomas KW, Gould MK, Midthun DE, et al. Overview of the initial evaluation, diagnosis, and staging of patients with suspected lung cancer. Uptodate, 2017.
3. Schrier SL, Mentzer WC, Tirnauer JS. Approach to the adult patient with splenomegaly and other splenic disorders. Uptodate, 2017.

Palabras clave: Nódulo pulmonar. Metástasis. Neoplasia.