



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/1105 - DISNEA... Y MASA ABDOMINAL

S. Sayago Gil<sup>a</sup>, D. Gómez Prieto<sup>b</sup>, N. Matamoros Contreras<sup>b</sup>, Á.C. Escribano Tovar<sup>a</sup>, J. Moreno Lamela<sup>c</sup>, J.P. Moraga Galindo<sup>d</sup>, A. Romero Montero<sup>e</sup> y M.D. Sánchez Álex<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Merced. Cádiz. <sup>b</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Merced. Cádiz. <sup>c</sup>Médico Interno Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Merced. Cádiz. <sup>d</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Merced. Cádiz. <sup>e</sup>Médico Residente 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Urbano I. Mérida. Badajoz. <sup>f</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Virgen de la Oliva. Vejer. Cádiz.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 67 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, asma bronquial persistente leve, y estenosis aórtica ligera-moderada. Se encuentra en tratamiento domiciliario con bisoprolol, manidipino, hidroclorotiazida y salmeterol/fluticasona. Consulta por disnea a mínimos esfuerzos de horas de evolución, sin dolor torácico asociado, ni fiebre. Interrogando a la paciente, refiere astenia intensa desde hace unos ocho meses, lo que le ha limitado salir de su domicilio durante este período. En una primera valoración, la paciente se encuentra taquipneica, con frialdad mucocutánea, pautándole tratamiento de urgencia con oxigenoterapia, broncodilatadores y corticoides, y dado que no presenta clara mejoría, se decide traslado al hospital. A su llegada al servicio de urgencias del hospital, la paciente continúa con mal estado general, impresionando de gravedad, disneica con respiración superficial, sudorosa, con signos de mala perfusión, apareciendo además hipotensión arterial.

**Exploración y pruebas complementarias:** Mal estado general, afebril, taquipneica, taquicárdica, con signos de mala perfusión periférica, e hipotensión arterial. En la auscultación cardíaca, tonos rítmicos con soplo sistólico panfocal, y en la auscultación pulmonar, murmullo vesicular disminuido en ambos campos pulmonares. No presenta edemas en extremidades. Abdomen blando y depresible, sin signos de irritación peritoneal, palpándose masa de consistencia dura paraumbilical derecha no dolorosa. Analítica: destaca leucocitosis (20.800 leucocitos/ $\mu$ l con 78% polimorfonucleares), 532.000 plaquetas/ $\mu$ l, ligera elevación dímero D (3,9  $\mu$ g/ml), hipertransaminasemia (GOT 3.902 U/L, GPT 1.723 U/L), leve aumento de lactato (20,8 mg/dl), aumento de reactantes de fase aguda (PCR 163 mg/L). TAC torácico: sin signos de tromboembolismo pulmonar. TAC abdominal: en región abdominal inferior, a nivel intraperitoneal, se observa lesión multiloculada de bordes mal definidos, sugestiva de colección abscesificada intraperitoneal, sin poder determinarse el origen. Ante la sospecha de sepsis de origen abdominal, se decide intervención quirúrgica, hallándose tumoración de 15 cm de diámetro dependiente de colon (porción cecal), abscesificada en su parte central que infiltra pared abdominal y adherida a colon transversal y vejiga.

**Juicio clínico:** Sepsis de origen abdominal por tumoración abscesificada dependiente de neoplasia

cecal.

**Diagnóstico diferencial:** Se debe hacer diagnóstico diferencial con patologías que causen disnea brusca como crisis asmática, EAP, IAM, TEP Agudo, SDRA...

**Comentario final:** La presentación más frecuente en las neoplasias de colon ascendente es anemia, pérdida de peso y síntomas obstructivos. La perforación cecal y la formación de abscesos son raras. Clínicamente, algunas de estas complicaciones pueden ocultar la presencia de neoplasias subyacentes en el colon, y estas complicaciones pueden requerir tratamiento quirúrgico urgente.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Muthukumarasamy G, Steele P, Sharp C. Abdominal wall abscess due to penetrating caecal cancer: an unusual presentation. *J Gastrointest Cancer*. 2012;43:131-2.
2. Kim SW, Shin HC, Kim IY, Kim YT, Kim CJ. CT findings of colonic complications associated with colon cancer. *Korean J Radiol*. 2010;11:211-21.
3. Al-Hendal A, Al-Masri W, Al-Mishaan M, Alexander S. Abscess of the abdominal wall resulting from perforated ascending colon cancer. *Gulf J Oncolog*. 2009;5:60-3.