



242/3260 - TENGO CÁNCER DE COLON Y ESTOY SANGRANDO, PERO ME CURARÉ SIN AYUDA

F. Marchante Cabrera^a, V. Camarero Díez^b, L. Cuesta Peña^b y H. Navarro Caballero^b

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Panaderas. Fuenlabrada. Madrid. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Francia. Fuenlabrada. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 40 años, extranjero, acude tras 4 días de dolor en hemiabdomen izquierdo, con signos inflamatorios superficiales y placas negruzcas a ese nivel sangrantes, y rectorragia. No sensación distérmica. Anorexia y debilidad generalizada. Refiere que 6 meses antes fue diagnosticado de cáncer de colon en su país, según parece, sin endoscopia. Se le propuso someterse a tratamiento específico antitumoral que rehusó. Desde entonces se dedica a viajar por el mundo dando clases sobre "tratar el cáncer de forma natural", y ha seguido teniendo rectorragias con frecuencia, así como molestias abdominales difusas.

Exploración y pruebas complementarias: T^a 37 °C, FC 74 lpm, TA 119/70, FC 74, SatO₂ 95%. Linfadenopatías en región inguinal izquierda. Abd: intenso dolor a la palpación en hemiabdomen izquierdo, donde se aprecian 2 áreas eritematosas amplias centradas por placas negruzcas/equimóticas, con induración cutánea. La de mayor tamaño presenta un pequeña herida central no exudativa. Tacto rectal normal. Analítica con leu 12.490, PCR: 12,3 mg/dL. Resto normal. TC abdomino-pélvico sin datos de neoplasia de colon, cambios inflamatorios en grasa de pared abdominal. Colonoscopia sin alteraciones. Biopsia cutánea de abdomen con infiltración con sustancia azul exógena. Se aísla *Staphylococcus lugdunensis*.

Juicio clínico: Celulitis pared abdominal.

Diagnóstico diferencial: Carcinoma colorrectal. Colitis isquémica. Enfermedad inflamatoria intestinal. Hemorroides. Pólipos. Pioderma gangrenoso. Picaduras con inicio de necrosis.

Comentario final: Nuestro caso demuestra que en medicina debemos dudar de todo hasta no tener datos objetivos que nos lleven a un diagnóstico. Nuestro paciente contaba que padecía una patología de la cual no aportaba informes, y que presentaba unos síntomas que en ningún momento se objetivaron excepto en vídeo. A la vista de los resultados de las pruebas diagnósticas realizadas, podríamos llegar a la conclusión de que el paciente nunca padeció cáncer, y que la celulitis abdominal pudo producirse al inyectarse él mismo algún pigmento. Aun así, y aunque dudando, debemos confiar siempre en la historia del paciente para así poder llevar a cabo la mejor atención médica posible.

Bibliografía

1. Baer C, Menon R, Bastawrous S, Bastawrous A. Emergency Presentations of Colorectal Cancer. *Surg Clin North Am.* 2017;97(3):529-45.
2. Rudikoff D. Differential diagnosis of round or discoid lesions. *Clin Dermatol.* 2011;29(5):489-97.

Palabras clave: Carcinoma colorrectal. Celulitis. Rectorragia.