



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/3439 - LA CARA B DE LA DISPEPSIA ABDOMINAL

M. Jiménez Sola<sup>a</sup>, R. Rodríguez Ruiz<sup>b</sup>, L. Serrano Martínez<sup>c</sup>, B. Lobo Colominas<sup>c</sup> y M. Rozas Lorente<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Huércal-Overa. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Albarizas. Marbella. Málaga. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Vera. Almería. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Pulpí. Almería.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 60 años, con antecedentes personales de HTA, dislipemia, asma bronquial, trastorno mixto ansioso-depresivo, acude a servicio hospitalario de urgencias por cuadro de un mes de evolución, de dolor abdominal epigástrico irradiado a ambos hipocondrios y espalda. Sensación de distensión abdominal acompañante, plenitud precoz y náuseas, con algún vómito ocasional bilioso así como pirosis. Hábito intestinal estreñido en este mes con sangre roja con las deposiciones de forma ocasional. Hiporexia, además refiere sensación subjetiva de pérdida de peso que ha notado en la ropa. Afebril.

**Exploración y pruebas complementarias:** CyO, Buen estado general, coloración cutánea parduzca-terrosa. Buena tolerancia del decúbito. Eupneica. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen globuloso, distendido a nivel de hemiabdomen superior, blando y depresible con molestias difusas a la palpación en epigastrio e hipocondrios. Sin defensa abdominal. Ruidos presentes. MMII sin edemas, ni signos de TVP. Tacto rectal con esfínter normotónico y dedil manchado escasamente de heces normales. Analítica de sangre: glucosa 88, función renal e iones normales, perfil hepático normal, PCR 23, hemograma y coagulación normal. Analítica de orina: 25 leucocitos, 10-15/campo, sangre +. Rx abdomen: heces en marco cólico izquierdo e imagen en miga de pan en hipocondrio izquierdo, Rx tórax: no patológica. Se ingresa en planta para estudio, donde se realiza: eco abdominal: ascitis. TAC abdominal: líquido libre intraabdominal con groseras calcificaciones de nódulos peritoneales con imagen multiquística tabicada en pelvis (172 × 165 × 137 mm), sospechoso de tumoración ovárica derecha con carcinomatosis peritoneal con calcificaciones.

**Juicio clínico:** Desde urgencias: Dispepsia con signos de alarma a estudio. En planta: sospecha de neo de ovario derecho + carcinomatosis peritoneal + ascitis sintomática. Anatomía patológica: carcinoma micropapilar seroso de bajo grado con cuerpos de psamoma.

**Diagnóstico diferencial:** Úlcera péptica. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. Enfermedad biliopancreática.

**Comentario final:** Finalmente, se ingresa en Planta de Ginecología donde se presenta el caso clínico en Comité de Oncología y se programa laparotomía con toma de biopsias y exéresis de tumoración ovárica derecha. Hasta la intervención, fue necesaria la realización de paracentesis evacuadora. Destacar de este caso clínico la importancia de conocer los datos clínicos de alarma en

patologías "a priori" benignas como la dispepsia.

### **Bibliografía**

1. El enfermo con dispepsia. AEGASTRO.
2. Green Book. ATM. Marbán.

**Palabras clave:** Dispepsia orgánica. Dolor abdominal inespecífico. Signos de alarma.