



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/594 - NO ES UN DOLOR ABDOMINAL, HAY UNA VIDA DETRÁS

A. Herencias Nevado^a, C. Aubert^b, M. Sojo Elías^c, M. Agüero Pereda^d, C. Vasilescu^e y M. García de Aguinaga^f

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cerro del Aire. Majadahonda. Madrid. ^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Galapagar. Madrid. ^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Galapagar. Madrid. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrelodones. Madrid. ^eMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villanueva del Pardillo. Madrid. ^fMédico Internista. Hospital El Escorial. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 29 años marroquí en seguimiento por Urología tras tratamiento por una orquiepididimitis acude a Urgencias por dolor abdominal de 1 mes de evolución con pérdida de 5 kg de peso. Hizo viaje a Marruecos 10 meses antes.

Exploración y pruebas complementarias: Abdomen: dolor difuso. Blumberg y Murphy positivos. No se palpan visceromegalias. Testículo derecho tumefacto con Prehn negativo. Rx tórax y Rx abdomen: sin hallazgos. Control analítico: hemograma normal. Coagulación normal. Perfil hepato-renal normal. PCR: 3,41 mg/Dl. Orina normal. Ecografía abdominal: marcada ascitis. TC abdominal: ascitis grave con engrosamiento peritoneal a determinar causa inflamatoria/infecciosa. PIC Medicina Interna: se realiza paracentesis diagnóstica ecoguiada con salida de 30 cc de líquido anaranjado obteniéndose: leucocitos 780, proteínas totales de 4,8 y albúmina en líquido ascítico de 3,2 (gradiente albúmina sérica/líquido ascítico 3,8-3,2 = 0,6 sugiere una causa peritoneal). Tras la obtención de BAAR (negativos) se descarta tuberculosis intestinal. El paciente es dado de alta para ampliación de estudio (ambulatorio) pero vuelve a Urgencias a los 5 días por persistencia de dolor abdominal sin cambios a la exploración física. Control analítico: aumento de PCR. Se decide ingreso en planta: endoscopia + biopsia: neoplasia ulcerada en estómago con diagnóstico de Adenocarcinoma gástrico pobremente diferenciado.

Juicio clínico: Adenocarcinoma gástrico metastásico.

Diagnóstico diferencial: Causa infecciosa, inflamatoria, oncológica.

Comentario final: El adenocarcinoma gástrico es una entidad rara en el paciente joven (siendo la edad de debut los 50 años). La forma de presentación (tal como vemos en este caso) puede ser la ascitis junto con pérdida de peso. El abordaje de esta neoplasia maligna ha de ser multidisciplinar. De hecho, nuestro paciente es dado de alta y pasa al servicio de Oncología para inicio de Quimioterapia esquema EOX.

Bibliografía

1. Karimi P, Islami F, Anandasabapathy S, et al. Gastric Cancer: Descriptive Epidemiology, Risk Factors, Screening, and Prevention. *Cancer Epidemiology Biomarkers Prevention*. 2014;23:700-13.
2. Uddin MS, Hoque MI, Islam MB, Uddin MK, Haq I, Mondol G, Tariquzzaman M. Serum-ascites albumin gradient in differential diagnosis of ascites. *Mymensingh Med J*. 2013;22(4):748-54.

Palabras clave: Ascitis. Astenia. Abdomen.