



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 216/100 - ECOGRAFÍA Y DOLOR ABDOMINAL

M.P. Carlos González<sup>a</sup>, N. Santos Méndez<sup>b</sup>, A.M. González Pedraja<sup>c</sup>, J.M. Romero Bonilla<sup>d</sup>, C.A. Reyes Mateo<sup>e</sup> y J.L. Cepeda Blanco<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cazoña. Santander. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo. Santander. <sup>c</sup>Médico de Familia. Servicio Cántabro de Salud. Santander. <sup>d</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dávila. Santander. <sup>e</sup>Médico Residente de 1º año Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo. Santander.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 67 años que acude a consulta de atención primaria con clínica dolor abdominal localizado en hipogastrio, rectorragia, astenia y pérdida de peso de 9 kg, de cuatro meses de evolución. Se solicita eco de abdomen. Antecedentes personales: hipercolesterolemia. EPOC. Glaucoma. Exfumadora de 40 paquetes/año desde hace un año. Tratamiento: terbasmin 0,5 mg (sulfato de terbutalina), rosuvastatina 10 mg, symbicort 160/4,5 µg (budesonida/formoterol), cosopt colirio (dorzolamida/timolol), xalatan colirio (latanoprost), metamizol 575 mg.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 130/85 mmHg, FC: 70 lpm, T<sup>a</sup>: 36,5 °C, SatO<sub>2</sub>: 96%. Consciente, orientada, palidez de piel y mucosas. Abdomen: blando, depresible, RHA (+), doloroso a la palpación en cuadrante derecho, fosa iliaca derecha e hipogastrio, con sensación de masa. Resto normal. Hematimetría: Hb: 11,1 g/dL, hematocrito: 35,6%, leucocitos: 13,2, segmentados 78%. Plaquetas 296, VSG: 63 mm. Bioquímica: PCR: 4. Coagulación: TP: 77%, INR: 1,20. Ecografía de abdomen: masa voluminosa en región hipogástrica de bordes irregulares lateralizada hacia la derecha. Alcanza una longitud máxima superior a 10 cm. Muestra íntimo contacto con asas de íleon y colon infiltrando en algunas localizaciones la pared. También invade de forma extensa la vejiga llegando a producir defecto de repleción intraluminal. Juicio diagnóstico: masa a estudio de comportamiento radiológico agresivo. TAC abdominal: voluminosa neoformación localizada en FID, con adenopatías locorregionales, sin observarse otros signos de extensión a distancia. AP: adenocarcinoma tubular infiltrante.

**Juicio clínico:** Adenocarcinoma tubular infiltrante de colon.

**Diagnóstico diferencial:** Linforma. Tumor carcinoide. Sarcoma de Kaposi.

**Comentario final:** El dolor abdominal es un problema común. En la mayoría de los pacientes se presenta como algo benigno y autolimitado y la anamnesis debe identificar a aquellos pacientes con signos y síntomas que puedan requerir una intervención inmediata. Se debe preguntar al paciente sobre otros síntomas como náusea, vómito, diarrea, estreñimiento, melena, hematoquecia y cambios en las heces. Los signos y síntomas asociados con el cáncer colorrectal incluyen hematoquecia o melena, dolor abdominal, anemia y cambio en los hábitos intestinales. El cáncer colorrectal se puede

diseminar por vía linfática o hematológica, así como por vía contigua o transperitoneal. Los sitios de metástasis más comunes son los nódulos linfáticos, hígado, pulmón y peritoneo. Los pólipos, cáncer de colon y tumores carcinoides aparecen en la ecografía como masas hipoecoicas, sin embargo, su identificación puede ser difícil. A pesar de que los nódulos linfáticos mesentéricos se pueden ver en la ecografía, la sensibilidad y especificidad de una ecografía abdominal no son suficientes para estadiar un tumor, por lo que se requieren otras pruebas diagnósticas para profundizar en el diagnóstico. Tras los resultados de la ecografía la paciente fue ingresada para estudio donde se realizó una tomografía computarizada y se tomó una biopsia. Actualmente se encuentra en tratamiento.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Tørring ML, Frydenberg M, Hansen RP, et al. Time to diagnosis and mortality in colorectal cancer: a cohort study in primary care. *Br J Cancer*. 2011;104:934.
2. Speights VO, Johnson MW, Stoltenberg PH, et al. Colorectal cancer: current trends in initial clinical manifestations. *South Med J*. 1991;84:575.