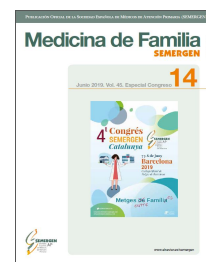




Medicina de Familia. SEMERGEN



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

421/25 - EPIGASTRALGIA AGUDA: ¿TENEMOS QUE PENSAR DE ENTRADA EN PATOLOGÍA TUMORAL?

M. Rivera Albejano, A. Rojas Martín, A. Garrido Díaz, A. Barco López

Metge de Família. Centro de Atención Primaria Cappont. Lleida.

Resumen

Descripció del cas/Descripción del caso: Mujer de 60 años que acude por intensa astenia y pérdida de apetito de 2 semanas de evolución. En los últimos 2 días inicia un cuadro de epigastralgia con náuseas y sensación de plenitud. No pirosis. No vómitos. No alteración del ritmo deposicional. Toma omeprazol por iniciativa propia. Se realiza estudio analítico en el que se objetiva anemia ferropénica sin causa ginecológica, por lo que se sugiere origen digestivo y se deriva a digestología para completar estudio.

Exploració i proves complementàries/Exploración y pruebas complementarias: Exploración general normal excepto dolor a palpación en epigastrio. Resto de exploración abdominal normal. Analítica sangre y orina: hemoglobina 8,6 g/dl, hematocrito 31,1%, VCM 66,5 fl, HCM 18,4 pg, CHCM 27,70 g/dl, IDE 18,7%, plaquetas $505 \times 10^9/L$. Hierro 11,0 ug/dl, ferritina 10,1 ng/mL, PCR 6,4 mg/L. Amilasa 102 U/L. Resto de bioquímica normal. Helicobacter pylori en heces negativo. CEA, CA 15,3, CA19.9 y CA 72,4 normales. Sedimento normal. TC abdominopélvica con contraste: Engrosamiento de la pared del colon a nivel del ángulo esplénico y de sigma medio, sugiriendo neoplasia. Trabeculación de la grasa del meso adyacente. Adenopatías locales en meso adyacente a lesión en sigma. Imagen nodular en vidrio deslustrado en segmento posterobasal lóbulo inferior pulmonar derecho, de 10 mm. TC torácica: opacidad en vidrio deslustrado de 14 mm en lóbulo inferior izquierdo y de 10 mm en lóbulo inferior derecho. Imagen subsólida de 20 mm en lóbulo inferior derecho. Lesiones inespecíficas que no descartan malignidad. Gastroscopia: Sin hallazgos. Colonoscopia: lesión mamelonada a 22 cm de margen anal, ulcerativa, friable, sangrado espontáneo, abarcando todo el diámetro. Impide el paso del endoscopio.

Judici clínic/Juicio clínico: Doble adenocarcinoma en colon transversal y sigma

Diagnòstic diferencial/Diagnóstico diferencial: Causas principales: Infección, inflamación, oclusión vascular u obstrucción (adherencias intestinales, cáncer de colon y hernia como causas principales, también enfermedad inflamatoria intestinal, diverticulitis, vólvulo, retención fecal, íleo paralítico). Según la localización del dolor: epigastrio: úlcera gástrica, esofagitis, colecistitis, pancreatitis, infarto agudo de miocardio (IAM). Hipocondrio derecho: úlcera duodenal, hepatitis, tumor hepático o biliar, colecistitis, pancreatitis, neumonía, pleuritis, IAM, pielonefritis o apendicitis retrocecal. Hipocondrio izquierdo: gastritis, úlcera perforada, vólvulo gástrico, pancreatitis, lesión esplénica, pericarditis, IAM, cólico nefrítico, pielonefritis. Periumbilical: obstrucción intestinal,

aneurisma aorta, úlcera duodenal, isquemia mesentérica, apendicitis, pancreatitis, hernia estrangulada.

Comentari final/Comentario final: El dolor abdominal agudo requiere un diagnóstico rápido puesto que el tratamiento varía según la causa y suele necesitar resolución inmediata. Puede ser causado por una infección, inflamación, oclusión vascular u obstrucción ya sea a nivel abdominal o extraabdominal. La localización del dolor es importante para orientar la causa de la sintomatología, pudiendo seguir un patrón típico de presentación o, en muchas ocasiones, acompañarse de síntomas más inespecíficos que pueden inducir a errores o retrasos diagnósticos.

Bibliografía/Bibliografía

Patterson JW, Dominique E. Acute Abdomen. 2018 Nov 14. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019 Jan. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459328/>PubMed PMID: 29083722

Montoro MA, Casamayor M. Dolor abdominal agudo. En Montoro MA, Garcia Pagán JC, et al. Gastroenterología y Hepatología: Problemas comunes en la práctica clínica, 2ª ed. Madrid: Jarpyo Editores; 2012; p. 91-124.

Pacheco del Río, et al. Protocolo diagnóstico del dolor abdominal recurrente. *Medicine*. 2008;10:392-5.