



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/2350 - NO TE DEJES ENGAÑAR POR LAS APARIENCIAS

C. Pérez Ibáñez<sup>a</sup>, F. Armenteros Torres<sup>b</sup>, J. Cañada Aranda<sup>c</sup> y M. Guerrero Cruces<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Fuensanta. Córdoba.

<sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba. <sup>d</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente mujer de 68 años sin antecedentes de interés, no toma medicación de forma habitual. Acude al servicio de urgencias en tres ocasiones en el último mes por náuseas y vómitos diarios. Asocia otros síntomas digestivos, como epigastralgia y pirosis, no asociados con la ingesta. También cuenta pérdida de peso de 10-12 kg en un mes. No síntomas ginecológicos. Niega alteración del tránsito intestinal. No otra sintomatología asociada. Ingresa a cargo de MI con juicio clínico de síndrome constitucional a estudio.

**Exploración y pruebas complementarias:** La paciente impresiona de regular estado general. Anorexia y palidez mucocutánea. Abdomen distendido, hepatomegalia de dos traveses dura e indolora. Matidez generalizada. Molestias generalizadas a palpación profunda. Analítica: hemograma normal. Bioquímica: se observa un leve aumento de enzimas de colestasis (FA 96, GGT 77), resto normal. Coagulación normal. Serología hepatitis negativa. Marcadores tumorales: CA 125 63, CA 15.3 49, resto negativos. TC torácico-abdominal: hallazgos en relación con carcinomatosis peritoneal probablemente de origen mucinoso. Se observan masas pélvicas (probablemente anexiales) y lesiones suprarrenales izquierdas no catalogables (posibilidad metastásica). Dudosa lesión hepática superficial vs implante peritoneal. Estos hallazgos sugieren principalmente neoplasia de tracto GI u ovario. EDA: esofagitis erosiva. Úlcera duodenal fibrinada Forrest III. Colonoscopia: rigidez y leve disminución de la luz en unión rectosigmoidea en probable relación con atrapamiento extrínseco. Ecografía abdomino-vaginal: líquido libre en todos los cuadrantes. Engrosamiento omental sugestivo de carcinomatosis. Al menos 3 formaciones quísticas a nivel del anejo izquierdo y otra formación con contenido sólido. Se realiza BAG guiada por ecografía. AP: carcinoma indiferenciado de alto grado. La neoplasia muestra expresión de citoqueratina de amplio espectro (AE1/AE3) y p-53, ambas de forma difusa y sólo expresión focal de citoqueratina 20.

**Orientación diagnóstica:** Carcinomatosis peritoneal secundaria a carcinoma indiferenciado de alto grado de posible origen ovárico.

**Diagnóstico diferencial:** Neoplasia digestiva. Linfoma. Hepatitis subaguda.

**Comentario final:** Aunque la mayoría de los síntomas digestivos corresponden con patología banal, no hay que dejarse engañar y saber detectar síntomas de alarma que nos pueden llevar a

enfermedades que puedan poner en riesgo la vida del paciente.

### **Bibliografía**

1. Hainsworth JD, Greco A. Adenocarcinoma of unknown primary site. UpToDate, 2017.
2. Coccolini F, et al. Peritoneal carcinomatosis. World J Gastroenterol. 2013;19(41):6979-94.

**Palabras clave:** Carcinomatosis. Adenocarcinoma. Vómitos.