



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/652 - HALLAZGOS SECUNDARIOS EN LAS PRUEBAS DE IMAGEN: LA IMPORTANCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA VISIÓN GLOBAL DEL PACIENTE

M. Javaloyes Martínez^a, N. Fernández Brufal^b, C. Herrero Payo^a y G. Cascales Guerrero^a

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Pola. Alicante. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Santa Pola. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 80 años de edad en control ecográfico anual por hipertrofia benigna de prostática, con clínica obstructiva, predominantemente nicturia que empeora su insomnio. En la última ecografía, aparece descrito una lesión compatible con quiste hepático, no visualizada en ecografías previas. No hábitos tóxicos. Natural de otra comunidad autónoma, reside en nuestra localidad 8 meses al año. Se interroga al paciente por sintomatología o síndrome constitucional, refiriendo solo molestias en fosa ilíaca derecha.

Exploración y pruebas complementarias: Abdomen: blando y depresible, molestias a la palpación en fosa ilíaca derecha, no masas ni megalias, Blumberg y Murphy negativo, no signos de irritación peritoneal. Analítica sanguínea: bioquímica con perfil hepático normal, hemoglobina 12,5, hematocrito 36,7%, leucocitos 5,47, coagulación normal. Ecografía abdominal: hipertrofia prostática homogénea. Quiste simple de 2,6 cm en lóbulo hepático derecho. TAC abdomino-pélvico: quistes simples en hígado. Diverticulosis en sigma. En fosa ilíaca derecha, lesión hipodensa de 6 cm compatible con tumoración apendicular. Ascitis perihepática, periesplénica y en pelvis. Aumento omento mayor y perihepático con engrosamiento focal peritoneal.

Orientación diagnóstica: Tumor apendicular de probable origen mucoso con implantación peritoneal.

Diagnóstico diferencial: Apendicitis. Cólico biliar. Quiste hepático complicado.

Comentario final: En nuestra consulta de atención primaria y con los antecedentes descritos, se decidió repetir estudio con control ecográfico dada la clínica del paciente, ampliando posteriormente a un TAC abdominal debido a la falta de concordancia entre los hallazgos ecográficos y la clínica del mismo. De esta manera se pudo derivar al paciente de manera más rápida para valoración quirúrgica y tratamiento definitivo, que en este caso consistió en resección amplia debida a la extensión de la enfermedad. Tenemos en nuestra mano el solicitar las pruebas complementarias oportunas y así disminuir los tiempos de demora al evitar pasos intermedios y progresar nosotros en el enfoque diagnóstico del paciente.

Bibliografía

1. Anisa Nutu O, et al. Mucinous Appendiceal Neoplasms: Incidence, Diagnosis and Surgical Treatment. *Cir Esp (eng ed)*. 2017;95:321-7.

Palabras clave: Dolor abdominal. Tumor apendicular. Evolución.