



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/3694 - PERO MUJER, ¿CÓMO NO HA VENIDO ANTES?

S. González Ballesteros<sup>a</sup>, J. Blazquez Alcazar<sup>b</sup>, E. Chaves Prieto<sup>c</sup> y B. Cordero García<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa María de Benquerencia. Toledo. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sillería. Toledo. <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Buenavista. Toledo. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Santa María de Benquerencia. Toledo.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 59 años que acude al centro de salud por malestar general, astenia y disnea de esfuerzo desde hace 15 días. Refiere pérdida de peso de 15 kg (estimados) desde hace 2 meses. No dolor torácico, no palpitaciones, no edemas. También refiere dolor flaco izquierdo no irradiado. No síndrome miccional. No fiebre. Última deposición escasa en el día de hoy, aunque de características normales. No refiere sangrado en las heces. No náuseas ni vómitos. Ante EF y deterioro de la paciente decidimos derivar a urgencias hospitalarias para realización de pruebas complementarias e ingreso.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 128/71. Temperatura 37,1 °C. FC 111. Caquética Palidez mucocutánea. Abdomen: blando, depresible. Masa indurada en HCI y flanco izquierdo, ligeramente dolorosa. RHA+. No defensa abdominal. PPRB negativa Rx abdomen: gran silencio abdominal en ángulo esplénico de 10 cm de diámetro, se aprecia gas distal y gas en colon trasverso con múltiples imágenes de densidad calcio en HCD (probable origen biliar), en FII y una redondeada en región central. Hemoglobina 8 g/dL. Hematocrito 25,2%. VCM 72,8 fl. TAC pñefrosis I + PNA enfisematosa D y litiasis renoureterales bilaterales.

**Orientación diagnóstica:** Resultados de TAC. Requirió drenaje izquierdo+. Nefrolitotomía percutánea derecha. Lista espera cirugía retrógrada intrarrenal derecha.

**Diagnóstico diferencial:** Neoplasia ángulo esplénico colon, pancreatitis, pielonefritis, patología esplénica.

**Comentario final:** Destacar la importancia de realizar una exploración física completa y sistemática pues en muchas ocasiones el síntoma que más preocupa a nuestros pacientes no es el que más nos orienta y, sin embargo, aquello a lo que ellos no dan importancia, es lo que nos pone sobre la pista para hallar nuestro diagnóstico final. También resaltar la prudencia a la hora de comunicar a nuestros pacientes un hallazgo llamativo como es el de encontrar una masa abdominal que se acompaña de sd constitucional y nos hace saltar las alarmas antes de tener todas las pruebas necesarias para confirmar nuestras sospechas.

### Bibliografía

1. Hooton TM, Gupta K. Acute complicated urinary tract infection (including pyelonephritis) in adults. UpToDate, 2018. Disponible en:  
[https://www.uptodate-com.sescam.a17.csinet.es/contents/acute-complicated-urinary-tract-infection-including-pyelonephritis-in-adults?search = pielonefritis&source = search\\_result&selectedTitle = 1~84&usage\\_type = default&display\\_rank = 1](https://www.uptodate-com.sescam.a17.csinet.es/contents/acute-complicated-urinary-tract-infection-including-pyelonephritis-in-adults?search=pielonefritis&source=search_result&selectedTitle=1~84&usage_type=default&display_rank=1)
2. Aldecoa Landesa S. Abdomen agudo. AMF. 2017;13(6):304-11.
3. Matía Cubillo Á. Pérdida de peso involuntaria. AMF. 2011;7(6):330-4.

**Palabras clave:** Tumor abdominal. Pérdida de peso. Litiasis.