

Reporte de caso

Dolor abdominal autolimitado

Self-limiting Abdominal Pain

Jorge Teruel Ríos,* Mariano Leal Hernández,* Marta Pérez Valencia,* Yasmina Bautista Mártir,* Alberto Kramer Ramos*

Resumen

El dolor abdominal es un síntoma inespecífico y puede tener un origen sensitivo, visceral o sistémico. La evaluación del paciente con dolor abdominal puede ser un reto debido a hallazgos clínicos no concluyentes, lo que conduce a un diagnóstico incorrecto. En el presente escrito se aborda el caso de una paciente femenina de 77 años que presentaba dolor abdominal difuso, persistente, de largo tiempo de evolución, sin respuesta a tratamiento. Después de múltiples visitas médicas se detecta una masa no específica en hemiabdomen inferior izquierdo; estudios histopatológicos refieren la presencia de cáncer de endometrio.

Palabras clave: dolor abdominal, epigastralgia, cáncer de endometrio.

Recibido: 10/02/2018
Aprobado: 10/10/2019

*Centro de Salud de San Andrés,
Murcia

Correspondencia:
Mariano Leal Hernández
arboleja@yahoo.es

Sugerencia de citación: Teruel Ríos J, Leal Hernández M, Pérez Valencia M, Bautista Mártir Y, Kramer Ramos A. Dolor abdominal autolimitado. *Aten Fam.* 2020;27(2):104-106. <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2020.2.75206>

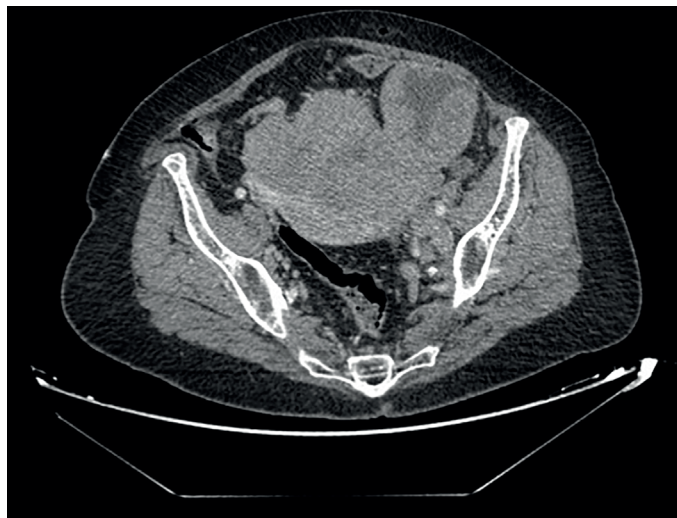
Summary

Abdominal pain is a nonspecific symptom and may have a sensitive, visceral or systemic origin. Evaluation of the patient with abdominal pain may be a challenge due to inconclusive clinical findings, leading to an incorrect diagnosis. This writing addresses the case of a 77-year-old female patient with persistent, long-evolving diffuse abdominal pain, with no response to treatment. After many medical visits, a non-specific mass is detected in the lower left hemi abdomen; histopathological studies refer to the presence of endometrial cancer.

Keywords: Abdominal Pain, Epigastric Pain, Endometrial Cancer

Antecedentes

El dolor se define como una experiencia localizada y desagradable que refleja la existencia de un daño tisular presente o inmediato. El término ‘dolor abdominal autolimitado’ se aplica a aquellos pacientes que presentan dolor abdominal de comienzo gradual o súbito, sin una causa conocida en el momento de su evaluación y que desaparece de forma espontánea sin medidas terapéuticas especiales. La mayoría de los expertos coinciden en señalar las dificultades que comporta establecer un diagnóstico etiológico correcto en una situación de este tipo. Por tal motivo, solo 60% de los casos subsidiarios de ingreso se diagnostica correctamente. El dolor abdominal debe ser considerado, por tanto, como un auténtico desafío clínico. Su evaluación requiere de un conocimiento básico de los posibles mecanismos responsables del dolor, así como del amplio espectro de entidades clínicas implicadas en su etiopatogenia, los patrones típicos de presentación y también de aquellas causas inusuales o de aquellos factores

Figura 1. Imagen del TAC abdomino-pélvico

que con frecuencia conducen a errores de diagnóstico, como el caso que se expone a continuación.¹⁻⁹

El presente caso se trata de una mujer de 77 años, hipertensa, en tratamiento con indapamida 2.5 mg cada 24 horas, sin síndrome constitucional y sin alergias medicamentosas, que acude a su médico familiar por dolor abdominal difuso y epigastralgia. Exploración física sin hallazgos, se le diagnostica dolor abdominal inespecífico y se le da tratamiento con omeprazol 20 mg cada doce horas y dieta blanda. Ante la persistencia de síntomas, acude cinco días después a su servicio hospitalario de urgencias y tras estudios analíticos y exploración física no concluyente se le diagnostica síndrome ansioso depresivo y se le da tratamiento mediante analgesia y benzodiacepinas. Una semana después, ante una mejoría mínima, acude de nuevo a su médico familiar y se añade al tratamiento un comprimido de sertralina 50 mg cada mañana. Tres meses después, acude de nuevo a su médico familiar porque “no

se encuentra bien”, presenta persistencia de dolor abdominal y tras detectar una masa no específica en hemiabdomen inferior izquierdo se le deriva de nuevo a urgencias hospitalarias, tras las características del dolor y reporte de amilasa de 1299 UI/L (rango normal 30-118), la paciente es ingresada al hospital, se le diagnostica pancreatitis aguda y se le da tratamiento acorde. En dicho ingreso y entre las pruebas complementarias realizadas destacan:

Ecografía abdominal: hígado de tamaño y ecoestructura dentro de la normalidad, con imagen quística, con calcificaciones parietales en segmento 6 de unos 3 cm, sugestiva de quiste hidatídico (sin poder descartar otras opciones). Vía biliar de calibre normal. Vesícula con imágenes de litiasis. Páncreas no valorable. Bazo de tamaño y ecoestructura normal. Riñones de tamaño y ecoestructura normal, sin dilatación de sus sistemas excretores, grosor corticomedular normal. Vejiga no valorable. Sin ascitis. Se visualiza gran masa sólida heterogénea polilobulada con

probable origen anexial izquierdo y con extensión hasta epigastrio. Sin poder descartar conglomerado adenopático.

TAC abdominopélvico: hígado de tamaño y atenuación normal, sin lesiones ocupantes de espacio ni dilatación de vías biliares. Masa de origen suprarrenal derecho, de morfología redonda, de aproximadamente 4 cm de diámetro, parcialmente calcificada con contenido hipodenso, en íntimo contacto con extremo caudal de brazo suprarrenal, probablemente compatible con mielolipoma. Vesícula con signos inflamatorios, edema perivesicular y a nivel de surco pancreatoduodenal. Páncreas de tamaño y atenuación normal, sin signos inflamatorios, sin presencia de colecciones ni otras anomalías. A nivel de hipogastrio y pelvis se observa masa de aproximadamente 16 cm de diámetro, de probable origen anexial izquierdo, de atenuación en partes blandas, heterogénea con áreas de necrosis avascular, rodeada de ascitis lobulada en su porción craneal y sin solución de continuidad, con cuerpo de útero al que desplaza levemente hacia la derecha (figura 1). Se observan grandes adenopatías que se extienden por nivel ilíaco y retroperitoneal formando aglomerados, hasta nivel infrarrenal. Interpretación: edema vesicular, masa suprarrenal derecha, compatible con mielolipoma. Neoplasia de ovario izquierdo, aspecto maligno, con diseminación linfática y ascitis (peritumoral).

RMN pélvica: masas pélvicas gigantes con partes blandas heterogéneas y áreas de necrosis central, la de mayor tamaño de localización derecha sin solución de continuidad con cuerpo uterino, lo que muestra distorsión de la cavidad endometrial. Pequeño mioma en segmento anterior de cuerpo uterino. Adenopatías ilíacas bilaterales de tamaño patológico.

Masa izquierda de probable origen anexial. Cérvix normal. Suelo pélvico sin anomalías. Interpretación: masa gigante de probable origen endometrial uterino y ovario izquierdo con ascitis y adenopatías ilíacas.

Biopsia endometrial: adenocarcinoma de alto grado, más compatible con adenocarcinoma seroso de endometrio (tipo II).

Resultados inmunohistoquímicos: ki-67 superior a 80-90% en algunas zonas; positividad para p16 y p53; negatividad para receptor de progesterona.

Con el diagnóstico de adenocarcinoma seroso de alto grado de probable origen endometrial T3a N1 M0, estadio IIC se decide en comité de tumores empezar con quimioterapia adyuvante (carboplatino-paclitaxel).

A la paciente se le dio seguimiento en servicio de oncología médica, mejoró inicialmente de su sintomatología y presentó buen estado general; fue intervenida quirúrgicamente de ese tumor primario cinco meses después y presentó una evolución satisfactoria.

Discusión

El carcinoma de endometrio en numerosas ocasiones presenta dificultades para un diagnóstico temprano, y cuando se diagnostica, éste se presenta en una fase ya avanzada.¹⁻⁹ Cuando surge la sintomatología, suele aparecer sangrado en la postmenopausia (síntoma más frecuente), leucorrea, dificultad o dolor al orinar, dolor durante el coito, dolor en la zona pélvica. El primer síntoma del cáncer de endometrio en 90% de los casos es sangrado anormal. El carcinoma de endometrio es la cuarta causa de cáncer en la mujer, después de mama, pulmón y colon, en países desarrollados, y presenta una alta tasa de supervivencia.

El de la paciente referida es un caso relativamente atípico por la forma de inicio y por no presentar sangrado vaginal postmenopáusico como síntoma de alerta, esto dificultó el diagnóstico, el cual se realizó de forma incidental tras el ingreso hospitalario por pancreatitis. La paciente llegó a diagnosticarse, de forma previa, con síndrome ansioso depresivo; este escenario obliga a tener siempre presente, ante el diagnóstico diferencial del dolor abdominal que no mejora, la necesidad de descartar patología abdominal potencialmente grave como el carcinoma endometrial.

Referencias

1. Pakish JB, Lu KH, Sun CC, Burzawa JK, Greisinger A, Smith FA, Fellman B, Urbauer DL, Soliman PT. Endometrial Cancer Associated Symptoms: A Case-Control Study. *J Womens Health (Larchmt)*. 2016;25:1187-1192.
2. Gauthier T, Siegerth F, Monteil J, Jammet I, Saidi N, Tubiana Mathieu N, Aubard Y. Follow-up of endometrial cancer. *Bull Cancer*. 2014;101:741-7.
3. Donovan KA, Boyington AR, Judson PL, Wyman JF. Bladder and bowel symptoms in cervical and endometrial cancer survivors. *Psychooncology*. 2014;23:672-8.
4. Hubbard JL, Holcombe JK. Cancer of the endometrium. *Semin Oncol Nurs*. 1990;6:206-13.
5. Bohiltea RE, Sajin M, Furtunescu F, Bohiltea LC, Mihart A, Baros A, Anca AF. Clinical and pathological correlations in endometrial pathology. *J Med Life*. 2015;8:552-62.
6. Gungor T, Cetinkaya N, Yalcin H, Zegeroglu S, Erkaya S. Clinicopathologic characteristics and treatment features of women with the incidental diagnosis of endometrial adenocarcinoma during infertility follow-up in Ankara, Turkey. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2016;55:309-13.
7. Brandner P, Neis KJ. Diagnosis of endometrial cancer and its precursors. *Contrib Gynecol Obstet*. 2000;20:27-40.
8. Lacey JV Jr, Leitzmann MF, Chang SC, Mouw T, Hollenbeck AR, Schatzkin A, Brinton LA. Endometrial cancer and menopausal hormone therapy in the National Institutes of Health-AARP Diet and Health Study cohort. *Cancer*. 2007;109:1303-11.
9. Khunrarong J, Tangjitgamol S, Srijaipracharoen S. Other Gynecologic Pathology in Endometrial Cancer Patients. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2016;17:713-7.