



4

Abril 2019

8:00 h - 9:00 h

Aula Magna

Edificio de Gobierno

Hospital U
vRocío

Sesión
Clínico-Patológica

Mujer de 58 años con septicemia y masa abdominal gigante de evolución desconocida

Ponente Clínico

Dr. José Pintor Tortolero.

UGC. de Cirugía General y Aparato Digestivo.

Ponente Radiodiagnóstico

Dr. Javier Frutos

UGC. De Radiodiagnóstico

Ponente Anatomía Patológica

Dr. David Chinchón.

UGC. de Anatomía Patológica.

Moderador

Dr. Antonio Espino Montoro.

UGC. de Atención Médica Integral (Medicina Interna).

Invitados

Dr. Javier Padillo Ruíz.

UGC. de Cirugía General y Aparato Digestivo.

Dr. Cristobal Muñoz Casares.

UGC. de Cirugía General y Aparato Digestivo.

Antecedentes

Familiares: Sin interés.

Personales:

- No alergias medicamentosas conocidas.
- No hábitos tóxicos ni antecedentes epidemiológicos reseñables.
- Obesidad. No otros factores de riesgo cardiovascular.
- Síndrome depresivo, sin tratamiento medicamentoso ni seguimiento.
- Intervenida de absceso odontógeno en 2012.
- No tratamiento medicamentoso crónico.

Enfermedad actual

Paciente mujer de 58 años que es trasladada al Servicio de Urgencias, tras sufrir una caída en su domicilio.

Desde el fallecimiento de su marido, cuatro años antes, padece un síndrome depresivo, por el que ha permanecido en su domicilio realizando vida cama-sillón. Aumento importante de peso y del perímetro abdominal. Deterioro progresivo de la movilidad, siendo en el momento del ingreso muy reducida. Algunas alteraciones cognitivas y desorientación ocasional. Palidez.

No refiere otra sintomatología en la anamnesis dirigida (que es dificultosa).

Exploración física

- Mal estado general. Consciente, orientada y poco colaboradora.
- Palidez cutáneo-mucosa.
- Obesidad troncular y de miembros inferiores.
- Exploración neurológica sin hallazgos patológicos.
- TA: 81/46 mmHg. Auscultación cardiaca: corazón rítmico a 94 spm., sin soplos ni extratonos.
- Eupnéica en reposo. Auscultación pulmonar con sibilancias dispersas en ambos campos pulmonares.
- Abdomen: muy globuloso, tenso, no doloroso, con sensación de oleada ascítica. Circulación colateral.
- Extensa UPP sacra (20x15 cm), necrótica con signos inflamatorios circundantes.
- Miembros superiores sin hallazgos.
- Miembros inferiores con linfedema crónico, intérrigo en pliegues inguinales y escaras en zona de decúbito de muslo y piernas.

Estudios complementarios

Analítica:

- Hemograma: leucocitosis ($22,49 \times 10^9/L$) con neutrofilia (93%). Hemoglobina de 84 g/L. Recuento de plaquetas de $515 \times 10^9/L$.
- Estudio de anemia: perfil ferropénico.
- Estudio de coagulación normal.
- Bioquímica general: Creatinina 1,7 mg/dl, urea 116 mg/dl. Resto normal.
- Reactantes de fase aguda: PCR: 277 mg/l VSG: 48 mm/h.
- Marcadores tumorales: Ca 125: 489 U/ml. CEA, Ca 19.9, CA 15.3, Ca 72.4 y α -fetoproteína, dentro de rangos normales.

Ecografía abdominal:

- Cavidad abdominal ocupada por ascitis heterogénea, mult-itabizada, densa.

Líquido ascítico:

- 409 células (56% pmn); glucosa 29 mg/dl; proteínas 4.9 g/dl, LDH 874 UI/L. Amilasa 5 U/L, ADA 12.2 U/L (normal); Bilirrubina total 0.66 mg/dL.
- AP.: Ausencia de células neoplásicas. Exudado inflamatorio agudo. Células mesoteliales reactivas.

TAC Abdominal:

- Tumorción abdominal de 37x24x35 cm; hipodensa, bien delimitada, de paredes finas, con engrosamientos nodulares; de contenido líquido, y calcificaciones irregulares. Ocupa todo el espacio inframesocólico..
- Discreta cantidad de líquido intra-abdominal
- Engrosamiento epiplón mayor
- Adenopatías inguinales bilaterales, más numerosas de mayor tamaño en el lado izquierdo. Adenopatías retroperitoneales.
- Derrame pleural bilateral, de mayor cuantía en hemitórax izquierdo.

Líquido pleural:

- 1846 células (233% pmn); glucosa 111 mg/dl; proteínas 3 g/dl.
- AP.: Células mesoteliales con cambios reactivos. Infiltrado inflamatorio mixto.
- Cultivo: no aislamientos

Biopsia adenopatía inguinal:

- No infiltración neoplásica. Tejido conjuntivo fibroso, con focos de necrosis. Restos fibrino-hemorrágicos, pigmento hemosiderínico e infiltrado inflamatorio crónico.



Evolución y Curso Clínico

Se decide intervención quirúrgica de la masa para diagnóstico y tratamiento:

- Liberación de adherencias a mesenterio, intestino delgado y omento mayor.
- Extirpación completa de tumoración de más de 30 cm de diámetro, dependiente del ovario derecho.
- Resección de yeyuno medio, con anastomosis L-L manual a doble capa
- Apendicectomía profiláctica.
- Resección de colgajo de línea media de piel redundantes.