



# medicina general y de familia

edición digital

www.mgyf.org



## Clínica cotidiana

# Quando el dolor abdominal sorprende con situaciones clínicas insospechadas

Jorge Luis Orihuela de la Cal\*, Cristina Nieves Robaina Yáñez, Arminda Castro Vega

Centro de Salud El Doctoral. Santa Lucía de Tirajana, Gran Canaria.

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 22 de julio de 2025

Aceptado el 9 de enero de 2026

On-line el 19 de mayo de 2026

#### Palabras clave:

Fibrosarcoma

Atención primaria

Abdominoalgia

### R E S U M E N

Se presenta un caso clínico con dolor crónico abdominal asociado a una tumoración en hemiabdomen inferior que necesitó tomar medidas inmediatas con valoración integral y estudio inicial; posteriormente requirió una derivación oportuna. Las masas abdominales pueden ser detectadas por el propio paciente mediante autoexploraciones, propiciando acudir oportunamente al médico evitando retrasos diagnósticos y complicaciones. Los sarcomas de partes blandas abdominales son tumoraciones malignas infrecuentes que pueden metastasizar a diferentes partes del cuerpo, siendo las más frecuentes a nivel hepático y pulmonar, también puede ocurrir diseminación a los ganglios linfáticos regionales, huesos y cerebro, de ahí la necesidad de su diagnóstico precoz.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

### When abdominal pain presents unexpected clinical situations

#### A B S T R A C T

We present a case of chronic abdominal pain associated with a mass in the lower abdomen that required immediate intervention with a comprehensive assessment and initial workup; a timely referral was subsequently required. Abdominal masses can be detected by the patient through self-examinations, enabling timely medical consultations to avoid diagnostic delays and complications. Abdominal soft tissue sarcomas are rare malignant tumors that can metastasize to different parts of the body, most frequently occurring in the liver and lungs. They can also spread to regional lymph nodes, bones and the brain, hence the need for early diagnosis.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by E-Medfarma 2020, S.L.

#### Keywords:

Fibrosarcoma

Primary care

Abdominal pain

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jorgeorihu1969@gmail.com](mailto:jorgeorihu1969@gmail.com) (J. L. Orihuela de la Cal. ).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.S1.014>

2254-5506 / © 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

## Descripción del caso clínico

Acude a consulta de atención primaria (AP) una mujer de 49 años y es valorada por el tutor y los residentes de Medicina de Familia. Refiere dolor abdominal intermitente acompañado de un aumento rápido de volumen en la zona inferior del abdomen durante los últimos dos meses, asociado a estreñimiento crónico de varios años de evolución. Comenta que no ha acudido antes por miedo, experimentando preocupación y ansiedad. Niega otros síntomas y no presenta signos constitucionales.

Entre sus antecedentes personales destacan diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con fármacos orales, con complicaciones microvasculares como retinopatía diabética no proliferativa leve en seguimiento por Oftalmología, obesidad grado I, enfermedad pulmonar obstructiva crónica en tratamiento con tiotropio/olodaterol inhalado y fibromialgia. Presenta hábito de tabaquismo de larga evolución, con un índice paquete/año de 20. Entre sus antecedentes familiares, la madre falleció por cáncer de endometrio y el padre presenta hipertensión y hábito tabáquico.

En la exploración física se observa buen estado general, mucosas normocoloreadas y está afebril. Se aprecia aumento del panículo adiposo abdominal con una masa difusa y dolorosa en el hemiabdomen inferior, de consistencia blanda, con piel lisa, área central eritematosa y esfacelo (figura 1). No se palpan adenomegalias. Se evidencian venas reticulares y telangiectasias grado I en miembros inferiores. El perímetro abdominal es de 102 cm y el índice de masa corporal de 34. Las constantes vitales figuran dentro de la normalidad.

Los estudios complementarios muestran en la ecografía a pie de camilla una masa irregular, multilobular, vascularizada y mayor de 20 cm. La analítica urgente evidencia leucocitosis, velocidad de sedimentación acelerada, elevación de ferritina y LDH, sin anemia. Las serologías resultan no reactivas y la sangre oculta en heces es negativa. La espirometría muestra un patrón obstructivo (FEV1/FVC < 70 %) con prueba broncodilatadora negativa, y la radiografía torácica evidencia signos de broncopatía crónica sin condensaciones.

El diagnóstico diferencial incluye neoplasia peritoneal o ginecológica, lipoma subcutáneo, absceso y hernia abdominal. Se indica tratamiento sintomático y la paciente es derivada preferentemente al servicio de Cirugía Digestiva ante la sospecha de tumor abdominal, donde se decide su ingreso. Tras ampliar los estudios mediante tomografía, resonancia abdominal y biopsia, se confirma el diagnóstico definitivo: fibrosarcoma de partes blandas abdominal.

La paciente requiere un abordaje multidisciplinar, recibiendo tratamiento quirúrgico y oncológico con quimioterapia y radioterapia. En el primer nivel de atención, el equipo de AP—formado por el médico tutor, residentes de Medicina Familiar y Enfermería— controla de forma estricta sus patologías crónicas de base. Cumple criterios Roma IV para estreñimiento crónico funcional, presentando heces duras (tipo 1-2 de Bristol), esfuerzo continuo para defecar y menos de tres deposiciones espontáneas por semana.

Se implementan medidas higiénico-sanitarias y farmacológicas, junto con cambios en la alimentación y práctica de ejercicio físico, logrando una pérdida de 10 kg en seis meses. Se consigue la deshabitación tabáquica mediante terapia cognitivo-conductual y vareniclina, mejorando la capacidad física y respiratoria. La hemoglobina glicada disminuye de 8,0 % a 6,8 %



Figura 1 - Tumoración abdominal.

tras ajuste de fármacos orales e insulina basal, y se restablece el ritmo de defecación sin necesidad de laxantes continuos.

Además, la paciente recibe apoyo de trabajadora social y psicóloga comunitaria, mostrando mejoría gradual del nerviosismo e inseguridad mediante aceite esencial de lavanda oral y técnicas de meditación y mindfulness, que facilitan el manejo del dolor crónico osteomuscular.

La evolución es muy favorable. Un año después, mantiene controles anuales en atención primaria y en Oncología, sin presentar recidivas ni metástasis.

## Comentario

El dolor abdominal constituye un motivo frecuente de consulta en atención primaria, tanto en el ámbito ambulatorio como en urgencias. Cuando se presenta como episodios recurrentes separados por intervalos asintomáticos, o se mantiene durante meses o años, se considera dolor abdominal crónico, lo que obliga a determinar su origen de manera sistemática<sup>1</sup>. Es importante tener en cuenta que la presencia de bultomas visibles y/o palpables requiere que el profesional adopte medidas diagnósticas y terapéuticas diligentes<sup>2</sup>.

Los sarcomas de partes blandas abdominales son neoplasias malignas infrecuentes, que pueden ser primarias o metastásicas, y se originan por proliferación mesenquimal anómala. Su localización puede incluir músculo, tejido adiposo, tejido fibroso u otros tejidos blandos<sup>3</sup>. La detección temprana mediante autoexploraciones y revisiones médicas periódicas resulta clave para prevenir complicaciones y favorecer un diagnóstico precoz<sup>2,3</sup>. Además, adoptar estilos de vida saludables contribuye a reducir el riesgo de desarrollar patologías malignas<sup>4</sup>.

Ante un dolor abdominal intermitente de larga evolución, resulta fundamental considerar criterios de alarma (tabla 1)

**Tabla 1 – Criterios de alarma ante un dolor abdominal crónico<sup>1</sup>.**

- Antecedentes familiares de cáncer digestivo, celiaquía, autoinmunidad
- Comienzo en  $\geq$  50 años
- Sangrado rectal o SOHF positivo
- Síndrome constitucional
- Diarreas o estreñimiento relevante
- Agravamiento de los síntomas
- Dolor que despierta al paciente
- Viaje a zonas endémicas de parasitosis endémicas
- Presencia de fiebre, anemia, masas abdominales, adenopatías, etc.

*Adaptado de: World Gastroenterology Organisation. Manejo de los síntomas gastrointestinales frecuentes en la comunidad. WGO; 2013.*

que puedan sugerir la presencia de una patología orgánica subyacente<sup>1</sup>. En estas situaciones, se recomienda la valoración médica temprana para evitar diagnósticos tardíos que puedan comprometer el pronóstico del paciente. Asimismo, el manejo del dolor persistente puede incluir estrategias no farmacológicas, como técnicas de meditación, mindfulness o terapias complementarias, que contribuyen a mejorar la calidad de vida y a sobrellevar el dolor crónico abdominal asociado<sup>5</sup>.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Plana Blanco A, Galindo Ortego G. Dolor abdominal crónico o recidivante. En: García Velasco G, Aldecoa Landesa S, Castro Gómez JA, Dazza Asumendi P, Espinás Boquet J, Fluixá Carrascosa C, et al, editores. Guía de Actuación en Atención Primaria. Vol I, 5ª ed. Barcelona: semFYC; 2023. p. 335- 41.
2. Valle Fuente A, Dávalos Cedillo C. Masas abdominales palpables no pulsátiles. AMF 2024;20(9):542-7. Disponible en: <https://doi.org/10.55783/AMF.200905>
3. Camargo Montanari M, Díaz Barroso B, Linares Villavicencio C, Hernández García M, Cabrera Canal F, Cruz Díaz M. Sarcomas abdomino-pélvico de partes blandas: un tumor raro que no debemos olvidar. 34 Congreso Nacional SERAM. 2018;2(1). Disponible en: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/8210>
4. Estreñimiento crónico funcional. AMF. 2024;20(5):564. Disponible en: <https://doi.org/10.55783/AMF.200564>
5. García Espinosa V, Muñoa Capron-Manieux M. Abordaje no farmacológico del dolor persistente. AMF 2023;19(8):462-68. Disponible en: <https://doi.org/10.55783/AMF.190805>