



# medicina general y de familia

edición digital

www.mgyf.org



## Clínica cotidiana

# Masa abdominal hallada durante un estudio ecográfico

Beatriz Llorca Segarra\*, Claudia Sánchez Sales

Centro de Salud Almazora. UDMFYC Castellón.

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 31 de diciembre de 2025

Aceptado el 9 de enero de 2026

On-line el 19 de mayo de 2026

#### Palabras clave:

Ecografía

Estreñimiento

Masa abdominal

#### Keywords:

Ultrasound

Constipation

Abdominal mass

### R E S U M E N

La ecografía es una técnica cada vez más usada en atención primaria, como una extensión de los instrumentos básicos de exploración como el fonendoscopio, rápida, de bajo coste y alta efectividad, permitiendo al facultativo orientar el diagnóstico. Desgraciadamente, no carece de controversia que el médico de familia ejerza dicha técnica en sus consultas y en muchos casos sus hallazgos son restados de importancia.

Se presenta el caso de una mujer de 61 años que acude a consulta de atención primaria por estreñimiento agudo y astenia, asociado a síndrome constitucional poco valorable por sus antecedentes quirúrgicos previos. A la exploración abdominal se halla masa pétreo adherida a planos profundos. Mediante la ecografía clínica realizada en un primer tiempo médico, se objetiva masa de 100 mm entre zona cortical superior de riñón derecho y segmentos basales hepáticos, que se extiende hasta receso derecho, hallazgos sugestivos de malignidad.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

### Abdominal mass found during an ultrasound study

### A B S T R A C T

Ultrasonography is an increasingly used technique in primary medical care, as an extension of basic examination instruments such as the stethoscope. It is rapid, low-cost, and highly effective, allowing the medical physician to guide the diagnostic process. Unfortunately, it remains controversial for family medical physicians to perform this technique in their clinical assessment, and in many cases its findings are undervalued.

We present a 61-year-old woman who was attended at primary medical care assessment because of acute constipation and asthenia, associated with constitutional symptoms that were difficult to assess due to her previous surgical history. On abdominal examination, a stony hard mass fixed to deep planes was detected. Clinical ultrasonography performed at the initial medical assessment revealed a 100-mm mass located between the superior cortical region of the right kidney and the basal hepatic segments, extending to the right recess, with findings suggestive of malignancy.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by E-Medfarma 2020, S.L.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [llorcasegarra.b@gmail.com](mailto:llorcasegarra.b@gmail.com) (B. Llorca Segarra).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.S1.091>

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

## Descripción del caso clínico

Acude a nuestra consulta de medicina familiar y comunitaria a principios del mes de octubre una mujer de 61 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial y cirugía bariátrica realizada años previos, que transmite preocupación por presentar estreñimiento de 10 días de evolución y astenia. Asocia una pérdida ponderal de 75 kilogramos hasta el momento de dicha consulta.

A la exploración abdominal destaca un abdomen blando y depresible, globuloso, con masa pétreo, dolorosa a la palpación en hipocondrio derecho y flanco derecho, signos de Murphy y Blumberg negativos, sin signos de irritación peritoneal y con disminución del peristaltismo. Se realiza tacto rectal objetivando ampolla rectal con restos de heces sin apreciarse fecaloma, sin restos de sangre ni productos patológicos en dedil de guante.

Teniendo en cuenta estos hallazgos y la clínica descrita por la paciente, se decide realizar ecografía clínica a pie de cama. Se valora abdomen completo, observando una masa isoecoica de 100 mm de diámetro, entre zona cortical superior de riñón derecho y segmentos basales hepáticos, que se extiende hasta receso derecho (RD), con flujo *doppler* en su interior (figura 1).

Con los resultados obtenidos en la ecografía clínica abdominal, se remite a servicio de urgencias del área bajo el juicio diagnóstico de síndrome obstructivo secundario a masa abdominal a estudio. Durante su estancia en este servicio y tras varios enemas efectivos, se remite de nuevo a su médico de familia para ampliar estudio reglado.

En un segundo tiempo de consulta, a mediados de octubre, se le solicita ecografía reglada y se realiza interconsulta al servicio de urología mediante circuito rápido de sospecha de cáncer, para su valoración de forma preferente.

En la ecografía reglada se informa de masa de 110 mm en segmentos V-VI que infiltra la región interpolar del RD. Además, se observan otras lesiones focales nodulares hepáticas de aspecto metastásico y líquido libre en pelvis. Resto de estudio sin hallazgos patológicos. Desde el servicio de urología y con los hallazgos descritos en la ecografía reglada, se solicita una tomografía computerizada (TAC), con el fin de realizar estudio de extensión previo a la valoración presencial de la paciente. En la TAC (figura 2), realizada a mediados de noviembre, se objetiva masa de 182 x 125 mm, hipervascular, con grandes zonas necróticas centradas en lóbulo basal derecho hepático, región interpolar de riñón derecho y espacio peritoneal latero-coronal derecho hasta contactar con pared abdominal. Extensión peritoneal difusa, ligamento falciforme (4 x 5,5 cm), ligamento gastro-esplénico (3,5-2,4 cm). Metástasis hepáticas y pulmonares múltiples (figura 2).

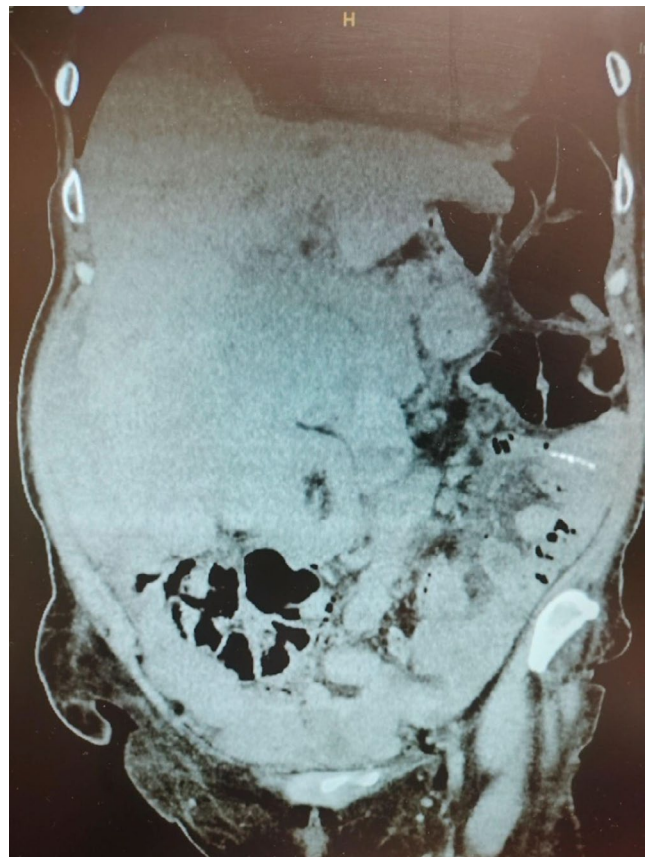
Tras la valoración presencial de la paciente y los datos obtenidos en las pruebas de imagen descritas, se realiza biopsia de la masa renal en diciembre, informándose desde anatomía patológica como tumor renal de células gigantes.

## Comentario

La buena práctica clínica exige realizar una anamnesis y exploraciones físicas detalladas, así como, emplear todos los



**Figura 1 – Ecografía clínica a pie de cama: masa isoecoica de 100 mm de diámetro, entre zona cortical superior de riñón derecho y segmentos basales hepáticos, que se extiende hasta receso derecho, con flujo *doppler* en su interior.**



**Figura 2 – Imagen radiológica de TAC con presencia de masa de 182 x 125 mm hipervascular con grandes zonas necróticas centradas en lóbulo basal derecho hepático, región interpolar de riñón derecho y espacio peritoneal latero-coronal derecho hasta contactar con pared abdominal.**

medios de los que se pueden disponer en una consulta de medicina familiar y comunitaria, con el fin de filiar un diagnóstico en los procesos que puedan o no tener una manifestación tórpida<sup>1-3</sup>.

La aparición de una masa abdominal, junto con hematuria y dolor localizados, componen la triada clásica que nos debe hacer pensar en un carcinoma de células renales<sup>4-6</sup>. Sin embargo, el espectro tumoral del carcinoma de células renales varía según el subtipo, por lo que en la actualidad, este es un tumor que se diagnostica más frecuentemente como un hallazgo casual en una prueba de imagen<sup>5-7</sup>, como ocurre en el caso anteriormente descrito.

Es por ello que debemos poner en valor la ecografía clínica, ya que es la prueba de imagen que podemos tener accesible en la propia consulta de atención primaria, no es invasiva, tiene un bajo coste, es rápida de realizar y tiene un innegable valor predictivo negativo, siendo además en nuestro caso clínico, la prueba inicial que permite ahondar en el diagnóstico certero<sup>8,9</sup>.

Conjuntamente, visto el caso clínico mencionado, se debe propulsar desde las diferentes sociedades científicas la formación de nuestros médicos especialistas en medicina de familia y comunitaria, en el campo de la ecografía clínica dotando, además de conocimientos, de aval y garantía de que lo que se informa en estas ecografías es fidedigno, de forma que no se genere burocracia excesiva que entorpezca o enlentezca el diagnóstico final de nuestros pacientes<sup>2,3,8</sup>.

---

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J. Harrison. Principios de Medicina Interna. 21ª ed. New York: McGraw-Hill; 2022.
2. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEM-FYC). Manual de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona: Elsevier; 2019.
3. WONCA Europe. The European Definition of General Practice / Family Medicine. Ljubljana: WONCA Europe; 2011.
4. Wein AJ, Kavoussi LR, Partin AW, Peters CA. Campbell-Walsh-Wein Urology. 12th ed. Philadelphia: Elsevier; 2021.
5. Ljungberg B, Albiges L, Abu-Ghanem Y. EAU Guidelines on Renal Cell Carcinoma. Arnhem: European Association of Urology; 2023.
6. Motzer RJ, Jonasch E, Boyle S. Renal-cell carcinoma. *N Engl J Med.* 2022;387(4):347-59.
7. Silverman SG, Israel GM, Herts BR, Richie JP. Management of the incidental renal mass. *Radiology.* 2008;249(1):16-31.
8. Moore CL, Copel JA. Point-of-care ultrasonography. *N Engl J Med.* 2011;364(8):749-57.
9. Alonso JV, López-Ruiz A. Ecografía clínica en atención primaria: utilidad y evidencia. *Aten Primaria.* 2019;51(1):5-12.