



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

387/150 - EPIGASTRALGIA DE UN AÑO DE EVOLUCIÓN

A. Ukar Naberan¹, C. Laguna Cárdenas², M. Ramos Oñate¹, J. Capellades I Lloparr³, M. Nielfa González⁴, G. Nadal Rijo¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Morante. Santander. Cantabria.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Chico. Santander. Cantabria.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Sardinero. Santander. Cantabria.⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alisal. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 44 años asmático en tratamiento e hipertenso que acude a la consulta por epigastralgia de 1 año de evolución. Describe dolor tipo ardor intermitente que se intensifica tras las ingestas y que trata con almagato de manera puntual. En el último mes presenta episodios de intensa epigastralgia irradiada a zona dorsal de manera bilateral, de aproximadamente 1 hora de duración. En ocasiones este dolor se acompaña de náuseas y vómitos. Afebril en todo momento. No sangrado digestivo alto y ritmo deposicional normal.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración física estable con buen control de TA, afebril. ACyP: sin hallazgos patológicos. Abdomen: RHA ++, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial. Levemente doloroso a la palpación profunda en ambas fosas ilíacas. No defensa. No dolor a la palpación dorsal. Maniobra puño-percusión negativa. Se trata pues de un paciente joven sin AP de interés con epigastralgia de larga evolución que requiere estudio endoscópico, por lo que se solicita gastroscopia. Gastroscopia: anillo Schatzki distal que no estenosa. Pequeña erosión antral en cara anterior. Píloro normal. Bulbo con intensa duodenitis y un ulcus de 1 cm fibrinado en cara inferoanterior ligeramente deprimido y otro en cara posterior fibrinado superficial. Se toman biopsias.

Juicio clínico: Ulcus duodenal Forrest III, anillo esofágico inferior Schatzki, hernia de hiato axial. AP biopsia: gastritis crónica activa, no metaplasia, ausencia de bacilos.

Diagnóstico diferencial: Adenocarcinoma estómago, H. pylori, RGE.

Comentario final: Tras prueba realizada el paciente reacude para obtención de resultados. Se pauta protector gástrico y se recomiendan medidas higiénico-dietéticas. Evitar café, alcohol, tabaco y medicamentos gastrolesivos, así como comidas copiosas, irritantes y grasas. También se indican medidas antirreflujo y se alerta de posibles signos de alarma ante los cuales deberá acudir. Tras el tratamiento instaurado el paciente mejora considerablemente. La gastritis crónica consiste en la inflamación inespecífica de la mucosa gástrica de evolución progresiva y larga, con una etiología múltiple que se caracteriza por lesiones histológicas crónicas. Se localiza principalmente en antró y cuerpo gástrico y su agente etiológico más frecuente es el Helicobacter pylori. Otros factores responsables de su aparición son químicos, inmunológicos, hereditarios o genéticos. Se subdividen en gastritis linfocitarias, eosinófilas, granulomatosas y las inducidas por H. pylori.

Bibliografía

<http://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-tipos-gastritis-su-tratamiento-13051491>

<https://www.fisterra.com/Salud/2dietas/gastritis.asp>