

## 329/36 - CÁNCER GÁSTRICO: QUE DEBE SABER UN MÉDICO DE FAMILIA, A RAÍZ DE UN CASO CLÍNICO EN CONSULTA

A. Alayeto Sánchez<sup>1</sup>, A. Rodríguez Ponce<sup>2</sup>, D. Alfonso Pérez<sup>2</sup>, E. Ercilla Gorrichategui<sup>1</sup>, M. Campos López-Carrión<sup>1</sup>, G. Córdoba Quishpe<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. <sup>2</sup>Médico Residente. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer 65 años que acude a consulta por epigastralgia que empeora con la ingesta, de 5 semanas de evolución, pesadez postprandial y “miedo a comer” con pérdida de 4 kg. Antecedentes personales sin interés

**Exploración y pruebas complementarias:** Abdomen sin masas y doloroso a la palpación en epigastrio y hipocondrio derecho. En ecografía abdomen centro salud: “lesión focal a expendas de lóbulo hepático izquierdo de 5-7-7 cm, lobulada, ligeramente más ecogénica que el resto del parénquima hepático con centro hipoeocoico. Resto normal”. En urgencias, analítica con transaminasas normales y anemia microcítica (Hb 11,7 g/dl, VCM 81fL y HCM 28 pg) con hierro bajo. La paciente queda ingresada con TAC (tumoración dependiente de antró gástrico de 8 cm con adenopatías locorregionales, nódulos pulmonares metastásicos en lóbulo medio y superior derecho y adenopatías metastásicas a nivel torácico y prevascular mediastínico), biopsia de adenopatía epigástrica, endoscopia (antró deformado por gran masa en porción proximal ulcerado en píloro y bulbo duodenal) y marcadores (CA 19-9 y CEA elevados).

**Juicio clínico:** Adenocarcinoma gástrico intestinal pobemente diferenciado metastásico.

**Diagnóstico diferencial:** Otras tumoraciones gástricas y de otras partes del tubo digestivo, así como de hígado, páncreas y tumores retroperitoneales.

**Comentario final:** Es la 2<sup>a</sup> causa de muerte por cáncer en el mundo, sobretodo en zonas de alta incidencia como Asia, oeste Sudamérica y países del este. La incidencia de los tumores a nivel distal ha disminuido, por probable relación al control del Helicobacter pylori, dieta y factores ambientales (nitratos, tabaco, radiaciones) pero ha aumentado los de tercio proximal y unión gastroesofágica. Afecta más a hombres (2/1) y en torno a los 65-70 años. El 95% son adenocarcinomas, sobretodo tipo intestinal. Existen también factores de riesgo genético (grupo sanguíneo A, anemia perniciosa, mutaciones en el gen E-cadherina y síndromes familiares asociados). Los síntomas son inespecíficos, por eso a veces está avanzado, pero dolor epigástrico y abdominal y pérdida de peso son los más frecuentes, otros son plenitud gástrica, náuseas y vómitos, anorexia, hematemesis, anemia, melenas y síntomas de afectación metastásica. El diagnóstico se debe basar en una buena historia clínica y exploración con analítica completa con marcadores tumorales, endoscopia (método más sensible y específico), TAC completo y PET/TAC, sobretodo para la extensión y estadificación del tumor. El tratamiento se basa en la cirugía (gastrectomía total o subtotal) si se puede curativa y sino a veces paliativa, asociado a quimioterapia. La supervivencia a 5 años es del 15-20% y si solo se ve afectado

estómago hasta el 50 %.

## Bibliografía

- Allum WH, Griffin SM, Watson A, Colin-Jones D. Guidelines for the management of oesophageal and gastric cancer. Gut. 2002;50(5):1-23.
- Anderson WF, Camargo MC, Fraumeni JF Jr, Correa P, Rosenberg PS, Rabkin CS. Age-Specific Trends in Incidence of Noncardia Gastric Cancer in US Adults. JAMA. 2010;303(17):1723-8.