



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

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

A. Alayeto Sánchez¹, A. Rodríguez Ponce², D. Alfonso Pérez², E. Ercilla Gorrichategui¹, M. Campos López-Carrión¹, G. Córdoba Quishpe².

¹Médico de Familia. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. ²Médico 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 expensas de lóbulo hepático izquierdo de 5-7-7 cm, lobulada, ligeramente más ecogénica que el resto del parénquima hepático con centro hipoecoico. 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 antro 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 (antro 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 pobremente 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 2ª causa de muerte por cáncer en el mundo, sobretudo 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, sobretudo 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, sobretudo 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.