Semergen. 2018;44(Espec Congr 5): 36

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

329/127 - ¡URGENTE, DOCTOR HE PERDIDO 22 KG!

B. Coll Bas[1], N. San Miguel Martín[2], J. Bustamante Odriozola[3], K. Baldeón Cuenca[4], A. Nofan Maayah[5], V. Choquehuanca Núñez[6].

[1]061. Cantabria. [2]Médico de Familia. Centro de Salud Laredo. Cantabria. [3]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Cantabria. [4]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabezón de la Sal. Cantabria. [5]Médico de Familia. Centro de Salud Olarizu. País Vasco. [6]Médico de Familia. Centro de Salud Zabalgana. País Vasco.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 48 años que acude a la consulta de su médico de Atención Primaria, a final de la mañana, solicitando atención urgente. Muy nervioso, refiere pérdida de peso de unos 15 kg en los últimos 7 meses (peso previo 87 Kg), con astenia, sensación de dispepsia y algún vómito aislado. Atendido en hospital en otra comunidad 3 meses antes por melenas autolimitadas, siendo recomendado acudir a su centro de referencia para estudio. Como antecedente personal destacan hábito tabáquico importante (fumador activo de 60 paquetes-año) y consumo excesivo de alcohol (150 cc vino al día).

Exploración y pruebas complementarias: Talla 165 cm, peso 65 kg, TA 122/81 mmHg, FC 75 lpm, FR 11 rpm, $SatO_2$ 99%, temp 36,3ºC. Consciente y orientado, hemodinámicamente estable, leve palidez mucocutánea, eupneico, afebril, no ingurgitación yugular, no adenopatías palpables. Auscultación cardiaca rítmica sin soplos, en auscultación pulmonar murmullo vesicular conservado. Abdomen blando, depresible, molesto a la palpación de epigastrio, no se palpan masas ni megalias, RHA+, no signos de peritonismo. Extremidades inferiores sin alteraciones. Dada la cuantía de pérdida de peso y probable origen digestivo alto, se deriva al paciente de forma preferente a la Unidad de Digestivo para completar estudio. Se solicitan pruebas complementarias (a destacar): Hb 10,6 mg/dl, (normocítica/normocrómica). TAC abdominal: (...) Engrosamiento parietal asimétrico ulcerado de aspecto neoplásico de la curvatura menor, con compromiso del tejido adiposo, lo que constituye T4. Adenopatías en el ligamento gastrohepático, líquido libre perihepático y dudoso compromiso del omento mayor, no pudiendo descartar carcinomatosis peritoneal. Gastroscopia: lesión ulcerada infiltrante en curvatura menor, de 3 cm de diámetro mayor, de la que se toman muestras. Anatomía patológica: adenocarcinoma gástrico con células en anillo de sello. Dada la situación se decidió intervención quirúrgica en la que se objetivó implantación peritoneal tumoral, realizando una gastrectomía parcial para eliminar la porción ulcerada potencialmente hemorrágica. Posteriormente se decidió quimioterapia mensual hasta que el paciente falleció 11 meses después.

Juicio clínico: Adenocarcinoma gástrico con implantación peritoneal.

Diagnóstico diferencial: Neoplasia digestiva a otro nivel (esofágica por hábitos tóxicos). Enfermedad Inflamatoria Intestinal (Enf. Crohn con afectación alta). Enfermedad celíaca (pérdida de peso importante). Neoplasia hematológica.

Comentario final: El adenocarcinoma gástrico es el tumor más frecuente de tránsito gastrointestinal superior, siendo en torno a un 4% de las neoplasias diagnosticadas anualmente (5000 casos en España en el 2015).

Más frecuente en varones, se ve muy influenciado por el consumo tabáquico, de alcohol, de dietas con ahumados y abundantes nitrosaminas (cosa que se objetiva con su alta incidencia en países como Japón, Islandia...). Aparte hay ciertas patologías benignas predisponentes, como es la gastropatía hipertrófica, la gastrectomía previa con Billroth II, la gastritis crónica atrófica... Lamentablemente, dada su ausencia de sintomatología en la mayoría de estadios tempranos, en torno al 60-70% de los pacientes se diagnostican en estadios avanzados. En estos pacientes, generalmente se plantean tratamientos paliativos quirúrgicos (derivativos y resectivos) y no quirúrgicos (con poliquimioterapia y radioterapia en ocasiones).

Bibliografía

-Csendes P, G, Sanhueza A. Evaluación del cáncer gástrico por tomografía computerizada. Rev chil radiol. 2006; 12(2):57-63.

-Las cifras del cáncer en España 2017. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Madrid 2017. [Citado marzo 2018]. Disponible en: https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_cifras_del_cancer_en_Esp_2017.pdf

1138-3593 / © 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.