

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

329/119 - DOCTORA LA COMIDA NO CIRCULA

M. Franco Ojea¹; A. Ibáñez Quintana¹; M. Rodríguez Abellón².

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Mallos. A Coruña.²Médico de Familia. Centro de Salud de Sada. A Coruña.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 84 años que acude a nuestras consultas de Atención Primaria refiriendo dispepsia de mes y medio de evolución. Lo define como dolor epigástrico que aparece sobretodo tras las comidas, con sensación de saciedad precoz y plenitud postprandial, acompañado de reflujo gastroesofágico y abundante emisión de gases. En anamnesis dirigida buscando síntomas de alarma el paciente refiere: clínica de reflujo sin náuseas ni vómitos, pérdida de peso de 5 kg en 1 mes, cambios del hábito intestinal en el último mes con estreñimiento, última deposición realizada hace 4 días sin presencia de productos patológicos. Solicitamos para estudio aplicando nuestro protocolo: analítica completa incluyendo función hepática, renal y amilasa; radiografía de tórax y abdomen y endoscopia digestiva alta preferente.

Exploración y pruebas complementarias: Temperatura 36,6°C, Tensión arterial 152/73 mmHg, Frecuencia cardíaca 83 lpm. Consciente, orientado, colaborador. Normocoloreado, normohidratado, normoperfundido. Auscultación cardiopulmonar: rítmico sin soplos, murmullo vesicular conservado. Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, se palpa masas epigástrica dolorosa a la palpación. Miembros inferiores: sin edemas ni datos de trombosis venosa profunda. Tacto rectal: hemorroides externas, no heces en dedo de guante, no se palpan alteraciones anatómicas. Analítica: Hemograma, bioquímica con función renal, hepática y amilasa con valores normales. Radiografía de tórax sin alteraciones. Radiografía de abdomen: aumento de la densidad en hemiabdomen superior compatible con cámara gástrica distendida con contenido alimenticio sin poder descartar otras causas. Dados los hallazgos de estómago de retención el paciente es enviado al servicio de urgencias donde se coloca sondaje nasogástrico con salida a bolsa de aspiración intermitente (se obtiene alimento sin digerir) y se procede al ingreso del paciente. Durante este se realiza endoscopia digestiva alta: úlcera prepilórica con fondo anfractuoso. Se realiza toma de biopsia con resultado de adenocarcinoma compatible con origen gástrico. Posteriormente se realiza TAC para estudio de extensión: masa que provoca engrosamiento circunferencial del antro gástrico, compatible con carcinoma, con importante dilatación del estómago; no evidencia de metástasis.

Juicio clínico: Adenocarcinoma gástrico localmente avanzado.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad ulcerosa péptica secundaria a Helicobacter Pylori o antiinflamatorios como causas principales, duodenitis erosiva, cáncer de esófago, cáncer de Páncreas, enfermedad por reflujo gastroesofágico...

Comentario final: El paciente como bien expresaba tenía una interrupción del tránsito secundaria a compresión por patología neoplásica, su tratamiento fue quirúrgico: una transección gástrica y derivación

gastroeyunal en Y de Roux paliativa. La dispepsia es un síntoma por el que frecuentemente nos consultan en Atención Primaria, la filiación de la sintomatología de alarma y la aplicación protocolizada de nuestros recursos nos lleva a un mejor eficiencia en el trabajo.

Bibliografía

-Longstreth GF, Brian E Lacy BE. Approach to the adult with dyspepsia. En: Talley NJ, ed. Uptodate. 2018. [Actualizado 1 noviembre 2017, citado 23 febrero 2018]. Disponible en:

<https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-dyspepsia?>

-Louro González A, Castiñeira Pérez C, Gómez Gómez N. Dispepsia. Fisterra. 2018. [Actualizado 11 diciembre 2016, citado 23 febrero 2018]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/dispepsia/>