



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2075 - Diagnóstico de adenocarcinoma gástrico en paciente con epigastralgia. O ¿cuándo pedir la endoscopia y por qué?

J.M. Martínez-Barquero Santélices^a, M.Á. María Tablado^b, D. El Atiaoui^c, S.S. Murga Alvarado^d, C. Magaña Herrera^e, C. Rojo Villaescusa^f y L.P. Ávila Bahamon^g

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Buenos Aires. Madrid. ^bMédico de Familia. Consultorio Local Perales de Tajuña. Madrid. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villablanca. Madrid. ^dMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José María de los Llanos. Madrid. ^eMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ibiza. Madrid. ^fMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de la Media Legua. Madrid. ^gMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José María Llanos. Zona Sureste. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 80 años, alérgica a efedrina, fenilefrina, pseudoefedrina. Antecedentes personales: HTA, artrosis, histerectomía, faquectomía. En tratamiento con lisinopril 20 mg/24h. Acude a nuestro Centro de Salud por dolor epigástrico asociado a vómitos de contenido alimentario, postprandiales, con deposiciones normales, sin pérdida de peso ni anorexia ni otros síntomas añadidos. Inicialmente se prescribe domperidona 10 mg/12h, existiendo leve mejoría. Reaparecen los síntomas al suspender la domperidona, por lo que se pauta levosulpirida 25 mg/8h mejorando discretamente. Como persiste el dolor epigástrico y los vómitos postprandiales se pauta omeprazol 20 mg/12h y se solicita ecografía abdominal y endoscopia digestiva alta.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, ACP normal, abdomen con cicatriz de histerectomía, blando y depresible, doloroso a la palpación en epigastrio, sin megalias ni masas palpables, RHA normales, sin signos de irritación peritoneal. Pruebas de imagen: eco abdominal normal. Endoscopia digestiva: lesión ulcerada, crónica, con bordes geográficos y mucosa irregular en antro prepilórico, curvatura mayor y desde el píloro hacia la incisura. Histología: adenocarcinoma tipo intestinal, bien diferenciado. TC toracoabdominal: engrosamiento de pared del antro pilórico sin más lesiones.

Juicio clínico: Adenocarcinoma gástrico pT2N0Mx.

Diagnóstico diferencial: La epigastralgia es un síntoma que puede estar causado por múltiples patologías. Entre las abdominales: esofagitis por ERGE, hernia de hiato, acalasia, úlcera péptica, gastritis con o sin *Helicobacter pylori*, pancreatitis, colelitiasis. Entre las extraabdominales: cardiopatía isquémica, neumonía, derrame pleural, osteocondritis o el herpes zoster. Las características del dolor, la duración, la variación según ingesta de alimentos (tipo y relación horaria). La presencia de otros síntomas como náuseas, vómitos, distensión abdominal, pirosis, disfagia o síndrome constitucional nos pueden ayudar a solicitar pruebas complementarias: analítica sanguínea, ecografía, endoscopia, Ag. de *Helicobacter pylori* en heces, sangre oculta en heces y orientar el diagnóstico.

Comentario final: El adenocarcinoma gástrico es una de las neoplasias que produce mayor mortalidad en el mundo. Su patogenia es multifactorial (infección por *Helicobacter pylori*, historia familiar, dieta), existen además variaciones geográficas y tiene una incidencia decreciente en nuestro medio, con síntomas iniciales insidiosos e inespecíficos. La panendoscopia oral es una prueba sencilla, con pocas complicaciones que permite visualizar el tracto digestivo superior completo (salvo alteraciones funcionales). En una sola prueba hay a distintas lesiones, se pueden tomar muestras e incluso tratar sobre la marcha (pólipos, varices, cuerpos extraños). Existen dudas de su valor como screening para cáncer gástrico en población con prevalencia baja (sensibilidad baja). En un metanálisis reciente sobre endoscopias realizadas por “dispepsia/epigastralgia”: dispepsia funcional (60%), úlcera péptica (15-25%), esofagitis por reflujo (5-15%), cáncer de esófago (2%), cáncer gástrico (2%). Actualmente la ecografía abdominal tiene una mayor sensibilidad en pacientes con sospecha de cáncer y alta prevalencia. En nuestro caso fue negativa. El estadiaje de estos tumores depende de zonas geográficas y de la prevalencia. En tumores localizados, sin extensión local ni a distancia, se plantean diferentes opciones terapéuticas discutidas con oncología, digestivo, cirugía y las expectativas de vida del paciente (edad, comorbilidad). En este caso se realizó una de las técnicas curativas más frecuente con gastrectomía total con Y de Roux y sin tratamiento coadyuvante. La paciente sólo precisó reeducación alimentaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Heatley V, et al. *H. pylori* testing and endoscopy for dyspepsia in primary care. Improved diagnostic accuracy is important in dyspepsia. *BMJ*. 2001;323(7308):342-3.
2. Martínez Ares D, Alonso Aguirre P, et al. Usefulness of ultrasonography in diagnosing patients suspect for digestive tract neoplasms. *Rev Esp Enferm Dig*. 2008;100(9).
3. Barenys M, Rota R, et al. Prospective validation of a clinical scoring system for the diagnosis of organic dyspepsia. *Med Clin (Barc)*. 2003;121(20):766-71.