



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1726 - Algo más que VÓMITOS

S. Pardo del Olmo Saiz^a, M.R. Grande Grande^b, M.Á. Ruíz Guerra^c, A. Santos Urrutia^c, A. Fernández Bereciartua^d, E. Bengochea Botín^d, M.S. Piris Santamaría^e, V. Santos Urrutia^f, F. Gómez Molleda^g y B. del Rivero Sierra^g

^aMédico de Familia. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Rubayo. Marina de Cudeyo. Cantabria. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Alto Campoo. Cantabria. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Santoña. Cantabria. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Cotoño. Cantabria. ^fMédico de Familia. Centro de Salud Linarejos. Jaén. ^gMédico de Familia. Centro de Salud Ramales. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 70 años que acude a la consulta por un cuadro de malestar general y astenia de diez días de evolución y en los últimos tres días comienza con vómitos, todo ello asociado al cese de tratamiento analgésico (duloxetina, oxicodona y pregabalina) que tomaba por espondiloartrosis lumbar y herniación L5-S1.

Exploración y pruebas complementarias: Mujer delgada, palidez mucocutánea, abdomen blando, depresible, sin masas ni megalias. Se realiza endoscopia: cardias y cuerpo normal, mucosa de antro edematosa y se visualiza una úlcera de 1,5 cm de bordes no definidos y sin retracción de pliegues, de la que se toma biopsia. TAC abdomino-pélvico: gran distensión de la cámara gástrica, a nivel del píloro se observa un engrosamiento parietal con pérdida de definición de la grasa y de ingurgitación vascular. Biopsia de úlcera: adenocarcinoma infiltrante pobremente diferenciado con una histología de células en anillo de sello. PET: no se identifican áreas hipermetabólicas que sugieran actividad patológica. Laparotomía exploradora: neoplasia en antro gástrico que obstruye completamente la luz a nivel de píloro y que lo sobrepasa, además parece que invade mesocolon transversal hasta borde de colon. Adenopatías regionales. Se realiza derivación intestinal con gastroduodenal mecánica.

Juicio clínico: Suboclusión intestinal. Neoplasia gástrica irresecable.

Diagnóstico diferencial: Úlcera antral. Esofagitis por reflujo gástrico. Divertículos colónicos. Deprivación analgésica.

Comentario final: El adenocarcinoma es el tumor más frecuente en el estómago, tiene más prevalencia en el varón y en mayores de 50 años, predominando en la séptima década. Puede originarse en cualquier zona del estómago, más frecuente en tercio antral y en curvatura menor. La endoscopia con biopsia es el principal método diagnóstico. A veces como en nuestro caso, la paciente está asintomática hasta dos semanas antes y sólo se diagnostica el tumor a través de la laparoscopia exploradora, con una endoscopia, TAC y PEC poco claras.

Bibliografía

1. Blair V, Martin I, Shaw D, Winship I, Kerr D, Arnold J. Hereditary Diffuse Gastric Cancer: Diagnosis and Management. Clin Gastroenterol Hepatol. 2006;4:162-75.
2. Hernández Ortega A, González Folch R, Sánchez Cruz JC. Tumor gástrico. Presentación de caso. Rev Méd Electrón. 2007;29(6).

Palabras clave: Tumor gástrico. Adenocarcinoma gástrico.