Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):41

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/2839 - Epigastralgia. A PROPÓSITO de un caso

L. Fernández Quiñones[a], E. Salvador Candau[a], A. Álvarez Oltra[a] y B. Lacomba Aladren[b]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital La Plana. Vila-Real. [b]Médico de Familia. Centro de Salud La Bovila. Vila-Real. Castellón.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 38 años, sin antecedentes de interés, que acude a la consulta por epigastralgia de un mes de evolución sin clara relación con la ingesta. No asocia ninguna otra sintomatología salvo cansancio que atribuye al estrés. Refiere haber tomado ranitidina de forma ocasional sin mejoría. En la exploración no se objetiva patología y se solicita analítica con *Helicobacter pylori* en heces. Ante positividad de *H. pylori* en heces con analítica normal se inicia triple terapia erradicadora (OCA). Días previos a finalizar el tratamiento acude por aumento de intensidad del dolor. Al explorar nuevamente al paciente se detecta una masa dolorosa a nivel de epigastrio y mesogastrio con resto de exploración normal salvo adenopatía cervical derecha que se había atribuido a un proceso dental previo.

Exploración y pruebas complementarias: Ante hallazgo de masa abdominal se solicita ecografía urgente con resultado de conglomerado adenopático por lo que se amplía estudio con TAC abdominal y biopsia de adenopatía cervical. En TAC se objetivan múltiples adenopatías en todos los territorios abdominales y a nivel supraclavicular en limite alto de normalidad y se informa la biopsia como infiltración de ganglios por proceso linfoproliferativo compatible con linfoma difuso de células grandes tipo B. Nueva analítica con aumento de LDH y PCR con serología IgG positiva a VEB y CMV.

Juicio clínico: El paciente fue diagnosticado de linfoma difuso de células grandes tipo B ingresando para estudio de extensión y pauta de primera línea con QT (según R-CHOP).

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Diagnóstico diferencial: Inicialmente se plantea diagnóstico diferencial entre causas de dolor epigástrico de tipo inflamatorio (esofagitis, ulcera gástrica o duodenal, colico biliar...), infeccioso (hepatitis, gastritis, adenitis...) u obstructivo (hernia, obstrucción intestinal, tumoraciones). Posteriormente ante el hallazgo adenopático nos planteamos causas infecciosas (mononucleosis, viriasis, toxoplasma...) o neoplásicas (adenocarcinoma, linfoma).

Comentario final: Aunque disponemos en la actualidad de excelentes pruebas diagnósticas, una detallada anamnesis, así como una minuciosa exploración física constituyen los pilares básicos para el diagnostico correcto.

Bibliografía

1. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención primaria. Elsevier, 2014.
2. Dispepsia. Fisterra, 2008.

Palabras clave: *Epigastralgia. Adenopatía. Linfoma.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.