



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/2875 - Detrás de un dolor torácico

A. Balsalobre Matencio<sup>a</sup>, I.M. Escudero Muñoz<sup>b</sup>, C. Bolarín Angosto<sup>a</sup>, A. Sánchez Martínez<sup>b</sup>, F.M. Aceituno Villalba<sup>c</sup>, C. Castillo Ramos<sup>d</sup>, M. Ruiz Sánchez<sup>e</sup>, J. Jiménez Martínez<sup>e</sup>, R. Jiménez Guerrero<sup>f</sup> y P. Abdeljabar Paredes<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente; <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Torre Pacheco Este. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente. Centro de Salud de San Javier. Murcia. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Santiago de la Ribera. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Terrassa Sud. Barcelona. <sup>f</sup>Médico de Familia. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 79 años que acude a su CS por presentar dolor centrotorácico izquierdo opresivo sin irradiación en reposo, náuseas y vómitos, sin cortejo vegetativo, de 1 hora de duración. Valorada por su médico de atención primaria que realiza ECG donde destaca T aplanada en aVL. Se administra AAS y el dolor cede de forma paulatina sin desaparecer. Refiere mayor astenia con los esfuerzos acompañado de episodios de dolor torácico izquierdo que ceden con el reposo desde hace dos meses. No pérdidas macroscópicas de sangre, afebril, pérdida de peso de 2 Kg desde hace un mes. Dada la clínica, su médico decide derivación a urgencias. Antecedentes médico-quirúrgicos: HTA, DLP, obesidad, elongación aórtica, hipertrofia concéntrica ligera VI, melanoma nivel V de Clark extirpado sin metástasis.

**Exploración y pruebas complementarias:** CyO, BEG, Nh, Nc, Eupneica. ACP: rítmico sin soplos, mvc, sin ruidos agregados. Abd: ByD, no masas ni megalias, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal. No ingurgitación yugular. Tacto rectal normal sin restos hemáticos. ECG: ritmo sinusal a 80 lpm, eje 60° sin alteraciones repolarización. Analítica: destaca Hb 7,2 g/dl, Hto 24,3%, VCM 73 fl, HCM 21,6 pg, troponina T 0,009 ng/ml, hierro 20 ?g-dl, IST 6,4%, VSG 111 mm, marcador CEA 1,7 ng/ml. Gastroscopia: lesión excrecente, ulcerada con sangrado fácil en rodilla duodenal que ocupa la casi totalidad de la circunferencia. TAC toraco-abdomino-pélvico con contraste: engrosamiento mural concéntrico 2<sup>a</sup> porción duodenal 5 cm de longitud en contacto con cabeza páncreas. Páncreas con infiltración grasa. TAC cráneo y eco doppler temporales normal.

**Juicio clínico:** Adenocarcinoma infiltrante de alto grado 2<sup>a</sup> porción duodenal con invasión pancreática estadio III.

**Diagnóstico diferencial:** Angor hemodinámico, anemia ferropénica, úlcera gastroduodenal, neoformación gastrointestinal.

**Comentario final:** Dado el diagnóstico se realizó duodenopancreatectomía total, colecistectomía, antrectomía, esplenectomía, hepaticoyeyunostomía Y de Roux, linfadenectomía retroperitoneal y de íleo. Los tumores de intestino delgado son raros y suelen dar síntomas vagos e inespecíficos. Por ello su diagnóstico suele realizarse en un estadio avanzado cuando las expectativas terapéuticas son más limitadas y el pronóstico más incierto. Dada la actuación de su médico, se pudo realizar estudio complementario de la paciente descubriendo el origen del dolor torácico.

## Bibliografía

1. Pellisé M. Castells A. Tumores del intestino delgado.
2. Ramia JM, et al. Adenocarcinoma de duodeno.

*Palabras clave:* Dolor torácico. Anemia. Adenocarcinoma duodenal.