



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

## 212/2898 - Dolor epigástrico y fiebre

*M.P. Carlos González<sup>a</sup>, N. Santos Méndez<sup>b</sup>, L. Alli Alonso<sup>c</sup>, M.J. Labrador Hernández<sup>d</sup>, V. Acosta Ramón<sup>a</sup>, J.L. Cepeda Blanco<sup>e</sup>, V.E. Choquehuanca Núñez<sup>f</sup>, J. Andino López<sup>c</sup>, M. González Ruiz<sup>g</sup> y E.A. Lino Montenegro<sup>h</sup>*

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Cantabria. <sup>b</sup>Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Barros. Cantabria. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alisal. Cantabria. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. <sup>f</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Cantabria. <sup>g</sup>Médico de Familia. Servicio de Urgencias; <sup>h</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente varón de 70 años que acude por cuadro de dolor abdominal localizado en epigastrio, irradiado a espalda, y picos febriles de hasta 38,5 °C de 72 horas de evolución, que ha ido en aumento y no cede ante el uso de analgesia. Acompañado de pérdida ponderal de 5 kg en el último mes, así como sensación de plenitud. Sin cambios en el hábito intestinal. AP: Hipertensión arterial. RTU prostática + litotricia vesical en 2010 Tratamiento habitual: balzak plus (olmesartán, amlodipino, hidroclorotiazida) 20/5/15,5 mg diario. Se deriva al S. de urgencias para realizar pruebas complementarias.

**Exploración y pruebas complementarias:** CyO, eupneico en reposo. CyC no aumento de PVY. AC rítmico, sin soplos. AP MVC sin ruidos añadidos. Abdomen distendido, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio, RHA presentes. Hepatomegalia sin esplenomegalia. No signos de irritación peritoneal. MMII sin edema, sin datos de TVP. Hemograma: leucocitos 16,1 (5%C, 78%S). Hb 12,5. HTO 39%. Bioquímica: urea 99. Creatinina 1,83. AST: 32. ALT: 52. FG: 37. FA 202. PCR: 7,8. Eco-abdominal: hígado aumentado de tamaño, presentando innumerables lesiones nodulares hipoeucogénicas, bien definidas, de contenido ecogénico, de probable origen ganglionar. Engrosamiento parietal concéntrico de la pared del antró y píloro gástricos, con luz estenosada, de aspecto neoformativo. TAC-abdominal: Voluminosa neoformación gástrica con afectación ganglionar y hepática. Endoscopia-digestiva: en cámara gástrica destaca una gran lesión ulcerada neofromativa que se extiende desde 55 cm de arcada dentaria afectando a 2/3 de la región antral, respetando el piloro AP: Células sueltas o en pequeños grupos con características de malignidad.

**Juicio clínico:** Adenocarcinoma gástrico estadio IV con afectación hepática múltiple.

**Diagnóstico diferencial:** Hepatopatía origen infeccioso.

**Comentario final:** La pérdida de peso y el dolor abdominal son los síntomas más comunes al inicio del diagnóstico. La primera se debe a una disminución de la ingesta calórica más que a un catabolismo aumentado debido a la anorexia, náusea, abdominalgia, sensación de plenitud y/o disfagia. El dolor abdominal tiende a ser epigástrico que va en aumento conforme la enfermedad progresiona. Estos datos obligan a descartar neoplasia.

### Bibliografía

1. Edge SB, Byrd DR, Compton CC, et al (eds). American Joint Committee on Cancer Staging Manual, 7<sup>th</sup> ed, Springer, New York, 2010.

*Palabras clave:* *Abdominalgia. Fiebre. Neoplasia.*