



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

212/2898 - Dolor epigástrico y fiebre

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

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Cantabria. ^bCentro de Salud Camargo Costa. Cantabria. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Barros. Cantabria. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alisal. Cantabria. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Cantabria. ^gMédico de Familia. Servicio de Urgencias; ^hMédico 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 hipoeocogénicas, 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, 7th ed, Springer, New York, 2010.

Palabras clave: *Abdominalgia. Fiebre. Neoplasia.*