



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

242/3916 - INFLUENCIA DE LA INMIGRACIÓN EN LOS DIAGNÓSTICOS

R. Cenjor Martín^a, J. Aguilar Álvarez^b, L. Fernández Perandones^c, M. Cordero Cervantes^d, H. Mendes Moreira^e y E. Cano Cabo^e

^aMédico de Familia. Hospital Universitario Central de Asturias. ^bEnfermera. Hospital Universitario Central de Asturias. ^cEnfermera. Hospital Carmen y Severo Ochoa. Asturias. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles-Colloto. Asturias. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pola de Siero. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 40 años natural de China que reside en España desde hace más de 5 años. Trabaja como vendedor. Bebedor de 500 ml de cerveza/día, fumador de 20 cigarros/día. No enfermedades crónicas ni tratamiento habitual. Acude a consulta por cuadro de debilidad en miembros inferiores desde el día previo asociado a mareo con visión borrosa, sudoración y malestar de unos 10 minutos de duración, autolimitados. No síndrome general. No alteración del hábito deposicional. Episodios de pirosis desde hace 3 meses de predominio en decúbito que mejoran tras omeprazol 20 mg puntual.

Exploración y pruebas complementarias: Palidez mucocutánea marcada. Exploración neurológica y auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen doloroso a la palpación epigástrica sin signos de irritación peritoneal. Tacto rectal con restos melénicos. Se realiza analítica con hemoglobina 9 g/dl, hematocrito 26,3%, VCM 93,3 fL, HCM 31,9 pg. Se remite de forma urgente al Hospital donde es ingresado y se realiza gastroscopia que revela duodenopatía erosiva y úlcera duodenal para la que se inyecta etoxiesclerol con buen resultado.

Juicio clínico: Úlcera duodenal sangrante. Cuadro vasovagal secundario a anemización.

Diagnóstico diferencial: Cáncer colorectal, síncope cardiogénico, enfermedad cerebrovascular.

Comentario final: Las úlceras pépticas tienen una incidencia del 0,09-0,3%/paciente/año, siendo el sangrado más habitual en pacientes a partir de la 7^a década de la vida e incrementándose el riesgo de forma directa con la edad. La etiología se relaciona con dos grandes factores: infección por *H. pylori* y consumo de antiinflamatorios no esteroideos, aunque se han propuesto otras causas menos frecuentes (farmacológicas, hormonales, posquirúrgicas, infecciosas, mecánicas, vasculares...). La distribución geográfica es variable, aunque está demostrado que la infección por *H. pylori* es hasta una década más precoz en asiáticos que caucásicos. Actualmente en España hay un incremento significativo del número de inmigrantes, por lo que las diferencias epidemiológicas de patologías habituales para el médico de Atención Primaria pueden afectar al curso y presentación de las mismas. El caso que se presenta constituye un diagnóstico habitual en un paciente cuyo origen natural condicionaba un debut más precoz del que estamos habituados.

Bibliografía

1. Vakil NB. Epidemiology and etiology of peptic ulcer disease. UpToDate (acceso 31 Julio 2017).

2. Lam SK. Differences in peptic ulcer between East and West. *Baillieres Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2000;14(1):41-52.

Palabras clave: Síncope. Úlcera duodenal. Anemia.