Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):2570

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/832 - DOCTOR, ¿POR QUÉ ME PICA TANTO EL CUERPO, SI SOLO ESTOY CANSADO?

C. Montilla Castillo[a], G. Ayala Gonzales[a], D. Martínez Osorio[b], C. del Pozo Vegas[c], L. Rodríguez Fernández[d] y E. Gutiérrez Manjón [a]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla II. Valladolid.[b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gamazo. Valladolid.[c]Médico de Familia. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.[d] Médico Residente de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 82 años, sin RAMC. Poco frecuentador. Antecedentes personales: HTA, síndrome prostático, no IQ. Hábitos tóxicos: fumador 5 cigarrillos día, bebe vino en las comidas. Tratamiento: Esidrex, losartan, zolpidem e hidroxizina. Tras varias consultas al MAP por prurito intenso, se aqueja a su vez de cansancio y un leve dolor abdominal, ha visto sangre en las heces en una ocasión (que no le dio importancia). Por lo que se decide iniciar estudio.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 127/71 mmHg. Fc: 90 lpm. SatO2: 98%. Peso: 70 Kg, con buen color de piel y mucosas. Fatiga de esfuerzo. No adenopatías cervicales. Auscultación cardiopulmonar: Normal. Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes sin alteraciones. Abdomen blando, no dolorosa matidez en hipocondrio derecho. Tacto rectal sin masas. Extremidades inferiores: sin edemas, no signos TVP. Hemograma: Hb: 7,2, Hto: 24%, VCM: 62,7, leucocitos: 9.480, plaquetas: 446.000. Bioquímica: función renal. Perfil lipídico, perfil hepático e iones normales. Coagulación: normal. Hierro 10,00, transferrina 329, ferritina: 10,5, VitB12 219, folatos: 2,40, PCR: 3. Proteinograma: aumento de proteínas de fase aguda. Marcadores tumorales AFP, CEA, CA 19.9, PSA, normales. Rx de tórax: normal. Colonoscopia: micropólipos colónicos extirpados. Resto sin alteraciones. TAC abdominal: aneurisma de aorta abdominal infrarrenal, diámetros de 53 × 51 × 71,6 mm. Trombo mural excéntrico de hasta 24 mm. Hay algunas adenopatías en ligamento gastrohepático, de hasta 10 mm. Gastroscopia: Desde parte alta de cuerpo extendiéndose por la curvatura menor hacia cara posterior gástrica, lesión mamelonada, grande, ulcerada, con restos de hematina digeridos. Tumor maligno gástrico. Anatomía patológica: adenocarcinoma de moderado grado de diferenciación infiltrante con signos de ulceración.

Juicio clínico: Adenocarcinoma gástrico.

Diagnóstico diferencial: Pólipos gástricos, linfoma gástrico primario, enfermedad de menetrier, úlcera péptica.

Comentario final: El cáncer gástrico presenta una alta prevalencia y un mal pronóstico aun en la actualidad. En España afecta a 18 casos/100.000 habitantes. Es importante que, desde atención primaria aunque no lleguemos al diagnóstico final, tener alta sospecha diagnóstica, en especial con una clínica tan característica de cansancio (por la anemización), presencia de sangre en heces y pérdida de peso.

Bibliografía

1. Liu X, Meltzer S. Gastric cáncer in the Era of Precision Medicine. Celullar and Molecular Gastroenterology and Hepatology. 2017;3(3):348-58.

Palabras clave: Anemia. Gastroscopia. Displasia.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.