



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/478 - DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO. EPIGASTRALGIA NO ESTUDIADA

R. Paredes Guerra^a, H. de las Heras^b, M. Tejedor Cardaña^c y S. Amat Alcaraz^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital General Virgen de la Peña y Centro de Salud Puerto 2 Fuerteventura. Las Palmas. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto del Rosario II. Las Palmas. ^cMédico Adjunto Digestivo. Hospital General Virgen de la Peña. Las Palmas.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 56 años, que acude a consulta de atención primaria, por epigastralgia intermitente de un año de evolución que ha empeorado, en ocasiones lo relaciona con la ingesta y se acompaña de pesadez posprandial, sensación de reflujo, vómitos, pérdida ponderal que no sabe cuantificar. No refiere tratamiento crónico. No otra sintomatología. Se controla en consultas externas de digestivo debido los hallazgos en las pruebas solicitados desde atención primaria. Dada la persistencia y empeoramiento de los síntomas se solicita segunda endoscopia digestiva alta y TAC abdominal. Por falta de respuesta al tratamiento médico se realiza gastrectomía parcial sin incidencias.

Exploración y pruebas complementarias: Delgadez. IMC: 18, sin otros hallazgos. Analítica: hemograma y bioquímica básica dentro de la normalidad. Estudio de celiaquía y perfil tiroides normal. Test aliento: negativo. 1ª endoscopia digestiva alta (EDA): en bulbo duodenal presenta gran ulceración con fondo de fibrina que ocupa todo el bulbo e impide localizar la primera rodilla duodenal. Se toman biopsias. 1ª anatomía patológica (AP): sin evidencia de malignidad. TAC: dilatación de la cámara gástrica que se extiende hasta la pelvis con un diámetro craneocaudal de 240 mm. 2ª EDA: 2-3 erosiones milimétricas longitudinales compatibles con esofagitis por reflujo. Lesión ulcerosa en bulbo, con fibrina en algunas zonas. Se toman biopsias. 2ª AP: sin evidencia de malignidad. AP de pieza quirúrgica: úlcera crónica, sin evidencia de malignidad.

Orientación diagnóstica: Dispepsia no estudiada con síntomas de alarma y predominio de dolor.

Diagnóstico diferencial: Proceso neofornativo vs úlcera bulbar Forrest III gigante.

Comentario final: Dada la edad de la paciente, la presencia de síntomas de alarma, se decide descartar organicidad. Reseñar la importancia de identificar adecuadamente la dispepsia no estudiada frente a la dispepsia funcional, haciendo hincapié en los síntomas de alarma.

Bibliografía

1. Iglesias García J, Lariño Noia J. Dispepsia con predominio de dolor abdominal. Sociedad Española de Patología Digestiva.
2. Domínguez Muñoz E. El Paciente con síntomas Digestivos. Curso práctico de actuación diagnóstico-terapéutica, 3ª ed., Santiago de Compostela, 2015; p. 2-16.

Palabras clave: Dispepsia no estudiada. Síntomas de alarma.