



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



482/287 - GASTROPARESIA DIABÉTICA

N. Sacristán Ferrer

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 48 años, diabética insulino dependiente con nefropatía diabética, que acude por cuadro de 1 mes de evolución de dolor epigástrico con sensación de plenitud abdominal, náuseas sin vómitos. Ausencia de deposición de unos 14 días de evolución, con emisión de gases preservada. No pérdida de peso. Afebril, no otra clínica acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: TA 204/98. Auscultación cardiopulmonar anodina. Abdomen: globuloso, blando, depresible, doloroso a la palpación de epigastrio y flanco derecho. No masas, no megalias. Peristaltismo conservado. No signos de defensa abdominal. En analítica destaca una glucemia de 301, una creatinina de 2,38 (similar a previas) y resto de valores dentro de los límites de la normalidad. Analítica de orina sin alteraciones. Rx torácica sin hallazgos y rx de abdomen se observa importante dilatación de la cámara gástrica, con abundante contenido, sin evidenciarse asas intestinales dilatadas ni alteraciones en la neumatización de marco cólico. Pasa a sala con sonda nasogástrica con aspiración. Se amplía estudio con TAC abdominal y gastroscopia sin detectar anomalías agudas que obligasen a realizar gestos quirúrgicos. La paciente se mantiene estable en planta, se retira SNG y se inicia tolerancia oral.

Orientación diagnóstica: Gastroparesis diabética con afectación de órgano diana.

Diagnóstico diferencial: La neuropatía autonómica asociada a la diabetes se presenta enferma insidiosa y puede afectar a múltiples órganos. Se diagnostica por exclusión. Hay que sospechar gastroparesia ante controles glucémicos erráticos, plenitud posprandial, náuseas, vómitos sin otras causas que lo diagnostiquen.

Comentario final: La gastroparesia diabética se caracteriza, por el fallo de mezclar y propulsar el contenido gástrico al duodeno. Existe una hipotonía fúndica que sería la causa de la clínica. De todo ello la neuropatía autonómica sería el factor patogénico principal, pero parece que la misma glucemia también tiene un papel importante en el control de la motilidad gástrica.

Bibliografía

1. Suárez Pita D, Vargas Romero J.C, Salas Jarque J, et al. Manual de diagnóstico y terapéutica médica del hospital universitario 12 de octubre, 8ª ed. Madrid. MSD; 2016.
2. Bosca M, Martía L, Minguez M. Diagnostic and therapeutic approach to patients with gastroparesis. Gastroenterol Hepatol. 2007;30(6):351-9.

Palabras clave: Diabetes. Gastroparesia.