



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

452/79 - GASTROPARESIA: POSIBILIDADES DIAGNÓSTICAS REALES EN ATENCIÓN PRIMARIA

J. Aguaviva Bascuñana¹, M. Villas Sender², P. Morera Tardós², M. López Espolio², P. Laiglesia Más²

¹Medicina Familiar y Comunitaria. ²DUE. Centro de Salud Albalate de Cinca. Huesca.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 76 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 insulinorequeriente desde hace 30 años, con trasgresiones frecuentes que motivan un mal control glucémico en los últimos 10 años, obesidad, síndrome depresivo en tratamiento con escitalopram 10 mg. Refiere en la consulta de Atención Primaria cuadro intermitente de tres semanas de evolución caracterizado por dispepsia, en ocasiones epigastralgia, saciedad precoz, distensión post-prandial, hiporexia, vómitos alimentarios y pérdida de peso de 5 kg. No comentó sintomatología de disfagia ni odinofagia. Las pautas higiénico dietéticas indicadas desde nuestra consulta junto con el tratamiento empírico con drogas procinéticas (domperidona), mejoraron el cuadro descrito.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física anodina, excepto halitosis. Los análisis de laboratorio solo evidenciaron un ligero deterioro de la función renal (creatinina 1,35 mg/dl), una HbA1c 8,8 y la glucemia basal de 196 mg/dl. Marcadores tumorales negativos. Parámetros reumatológicos negativos. Radiografía de tórax y abdomen sin hallazgos de interés. En la ecografía abdominal no se encontraron hallazgos de interés, únicamente aumento de ecogenicidad hepática en relación con hígado graso. El test de aliento resultó negativo. Se realizó una tomografía axial computarizada de abdomen y pelvis a fin de descartar malignidad, sin hallazgos patológicos. Se solicitó desde Atención Primaria una gastroscopia sin apreciar esofagitis y con un pólipo gástrico hiperplásico antral de 5 mm y la presencia de contenido alimenticio retenido en el fundus gástrico.

Juicio clínico: Con el diagnóstico de sospecha de gastroparesia diabética compensada, se realizó interconsulta con digestivo. Desde especializada se solicitó un estudio del vaciamiento gástrico con radioisótopos, (centellografía gástrica con comida sólida radiomarcada con 99mTc), que confirmó el diagnóstico.

Diagnóstico diferencial: Dispepsia funcional, úlcera péptica, obstrucción gástrica o intestinal, enfermedad duodenopancreática y neoplasia gástrica.

Comentario final: Caso clínico que pone de manifiesto las posibilidades diagnósticas desde una consulta de Atención Primaria. La gastroparesia es una alteración crónica de la motilidad gástrica, caracterizada por síntomas sugestivos de obstrucción mecánica y un retraso en el vaciamiento gástrico en ausencia de obstrucción. Puede ser idiopática o atribuible a una miopatía o a una neuropatía, como en la diabetes mellitus, la post-vagotomía o la esclerodermia. El diagnóstico se basa en la clínica similar a un cuadro obstructivo, la exploración física y las exploraciones complementarias, (siendo la de elección el vaciamiento isotópico gástrico). Además del tratamiento referido, existen otras posibilidades terapéuticas destinadas a

cuadros de difícil control.

Bibliografía

Bosca MM, et al. Aproximación diagnóstica y terapéutica al paciente con gastroparesia. Gastroenterol Hepatol. 2007;30(6):351-9.

Waseem S, Moshiree B, Draganov PV. Gastroparesis: current diagnostic challenges and management considerations. World J Gastroenterol. 2009;25:25-37.

Abell TL, et al. Gastric electrical stimulation in intractable symptomatic gastroparesis. Digestion 2002;66:204-12.

Palabras clave: Gastroparesia. Diabetes mellitus. Pseudoobstrucción.