



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

452/58 - LA IMPORTANCIA DE LA CLÍNICA

B. Valle Salazar¹, C. Izquierdo Rodríguez¹, N. Lanau Bellosta¹, M. Acero Peligero², P. Coomonte Túnez¹, L. Val Gil³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Sur. Zaragoza. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bombarda. Zaragoza. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 64 años sin alergias a medicamentos. Antecedentes médicos: hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus tipo 2. Antecedentes quirúrgicos: hernia discal. En tratamiento con: valsartán, amlodipino, hidroclorotiazida, simvastatina, metformina e insulina lantus. Acude a consulta de Atención Primaria por presentar en las tres últimas semanas tres episodios de epigastralgia junto con vómitos de coloración oscura, sin melenas ni consumo de antiinflamatorios los días previos. Dos meses después acude de nuevo por presencia de nuevos episodios de dolor en epigastrio, sin vómitos pero con presencia de diarreas sin evidencia de sangrado, asociando en esta ocasión además astenia, pérdida de peso desde la última valoración y disminución de necesidades de tratamiento antidiabético habiendo suspendido metformina y disminuido la dosis de lantus.

Exploración y pruebas complementarias: En la primera valoración: paciente consciente y orientada, normohidratada y normocoloreada, eupneica. Exploración abdominal sin hallazgos patológicos. Analítica sanguínea: hemoglobina: 9,4 g/dL (previa 2018 normal). Gastroscopia: gastritis erosiva antral moderada-grave, probable úlcera previa gástrica en vías de cicatrización. Anatomía patológica (AP): gastritis crónica antral, moderada inflamación aguda y crónica inespecífica con Helicobacter pylori negativo. Dos meses después presentando la paciente síndrome constitucional: Ligera palidez cutánea. Auscultación cardiopulmonar: sin alteraciones; exploración abdominal: anodina. Analítica sanguínea: descenso de hemoglobina: 8,9 g/dL, hemoglobina glicosilada: 5,2% (previa: 8,9%), sangre oculta en heces (SOH):negativa, marcadores tumorales elevación de antígeno carcinoembrionario (CEA) y antígeno carbohidratado (CA19.9). Contactamos con servicio de medicina interna de referencia ampliando estudio: ecografía abdominal: lesión hepática inespecífica. Colonoscopia: neoplasia de colon derecho estenosante. Tomografía axial computarizada: lesiones hepáticas compatibles con metástasis. AP: adenocarcinoma.

Juicio clínico: Dada la clínica y los resultados de pruebas complementarias inicialmente impresiona de úlcera gástrica en resolución. Tras dos meses desde el episodio inicial la paciente acude de nuevo a consulta con persistencia de epigastralgia, asociando síndrome constitucional, cambio del ritmo deposicional y empeoramiento de anemia por lo que se decidió ampliar estudio ante sospecha de proceso neoplásico subyacente, pese a SOH negativa la colonoscopia permitió diagnóstico definitivo.

Diagnóstico diferencial: Úlcera gástrica, neoplasia digestiva (colon, intestino delgado, gástrica, pancreática).

Comentario final: El cáncer de colon es una de las neoplasias más frecuentes, predominando en mujeres la localización proximal que suele cursar sin hematoquercia. Ante presencia de anemia no explicada debe

estudiarse el tracto digestivo inferior. Desde atención primaria debemos tener en cuenta la importancia de la clínica y la posibilidad de resultados falsos negativos.

Bibliografía

Castells A. Tumores del intestino. En: Rozman C, Cardellach F. Farreras/Rozman Medicina interna. Volumen I. XVIII ed. Barcelona: Elsevier; 2016; p.186-90.

Fisterra.com, Atención Primaria en la Red [sede web]. La Coruña: Fisterra.com; 1990-[actualizada 2012, acceso 20 de octubre de 2019]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>

Palabras clave: Neoplasia. Colon. Anemia.