



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 329/60 - TVP Y CÁNCER GÁSTRICO

M. González Piñuela<sup>1</sup>, D. Fernández Torre<sup>2</sup>, A. Blanco García<sup>3</sup>, P. López Tens<sup>4</sup>, M. Guerra Hernández<sup>3</sup>, M. Abuhassira<sup>5</sup>.

<sup>1</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Laredo. Cantabria. <sup>2</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Ampuero. Cantabria. <sup>3</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Costa. Cantabria. <sup>4</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Cantabria.; <sup>5</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Dobra. Cantabria.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 88 años alérgica a AINEs e intolerante múltiples medicamentos, con antecedentes personales de hipercolesterolemia, hernia de hiato, úlcera sangrante probablemente en el contexto de toma de AINEs, melanoma en extremidad inferior izquierda. Se inicia estudio en consulta de Atención Primaria (AP) por síndrome general y epigastralgia de unos meses de evolución, tras episodio de trombosis venosa poplítea izquierda y síndrome postflebítico.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración: General: Consciente, orientada. Hidratada y perfundida. Normal coloración cutánea y de mucosas. Eupneica. Colabora. Abdomen: blando, no doloroso a la palpación. RHA: normal. Se palpa masas en área supraumbilical. No visceromegalias. PPL bilateral negativa. Analítica: hemograma: 28,5 % Htco. Resto dentro de lo normal. Perfil bioquímico y nutricional: ferropenia (hierro 14 mg/dl ). Resto dentro de lo normal. Pruebas Radiológicas: TAC toracoabdominal: bocio multinodular. Granulomas calcificados en segmento IV y V del hígado. No se observan lesiones focales sospechosas. Marcado engrosamiento de la pared gástrica a nivel de cuerpo y antro que presenta una superficie muy irregular con áreas ulceradas que afecta a todas las capas de la pared gástrica y a nivel posterior parece desbordar la serosa con infiltración de la grasa peritoneal. Se identifican adenopatías perigástricas a nivel de ligamento gastrohepático, área celíaca y omento menor sin visualizarse otros signos de extensión a distancia. Cambios degenerativos evolucionados en esqueleto axial. Diverticulosis colosigmoidea. No existe líquido libre intraperitoneal y mediante esta técnica exploración no se identifican los implantes peritoneales. Otras pruebas: gastroscopia con neoformación mamelonada que afecta a curvatura mayor gástrica. En biopsia cáncer pobremente diferenciado.

**Juicio clínico:** Neoformación gástrica.

**Diagnóstico diferencial:** Gastritis crónica, úlcera gástrica, neoplasias del aparato digestivo.

**Comentario final:** Se comenta el caso con cirugía y junto con a paciente deciden intervenir para realizar gastrectomía subtotal. Se realiza laparoscopia exploradora sin evidencia de carcinomatosis peritoneal. Se observan dos implantes hepáticos milimétricos de origen dudoso que se biopsian. Gran tumoración de cuerpo gástrico exteriorizada y con infiltración retroperitoneal por lo que se

considera irsecable. La paciente es dada de alta y control por la unidad de cuidados paliativos junto con su médico de AP. La enfermedad tromboembólica venosa es muchas veces la manifestación inicial de un cáncer oculto. La manifestación trombótica puede preceder al diagnóstico del cáncer en meses o años y se puede presentar en diversas formas clínicas. Trabajos han demostrado que los pacientes que han presentado una enfermedad tromboembólica venosa sin factores de riesgo evidentes para la misma (idiopática) presentan un elevado riesgo de ser portadores de un cáncer oculto, el cual es habitualmente diagnosticado luego del episodio trombótico. Este riesgo es particularmente elevado dentro del primer año después del diagnóstico.

### **Bibliografía**

-Tefferi A. Anemia in adults: a contemporary approach to diagnosis. Mayo Clin Proc. 2003;78(10):1274-80.

-Büller HR. Has time come for screening for occult cancer in patients with venous thromboembolism? J Thromb Haemost 2004; 2(6): 874-5.