



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



329/142 - OBSTRUCCIÓN INTESTINAL DE LARGA EVOLUCIÓN

N. Otero Cabanillas¹; M. Arias Lago²; S. Lisca Pérez³; I. Veli Cornelio⁴; A. Asturias Saiz⁵; P. Minchong Carrasco⁶.

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Costa. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santoña. Cantabria. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alisal. Cantabria. ⁵Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Morante. Cantabria. ⁶Médico Residente. Centro de Salud Centro. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 83 años refiere vómitos, dispepsia y dolor en epigastrio irradiado a ambos hipocondrios y cuadro de pérdida de apetito con disminución de la ingesta y sensación de saciedad precoz acompañada de pérdida de peso en torno a 10 kg en el último mes. No ha presentado fiebre. Niega consumo de AINEs y otras sustancias gastroerosivas. ABVD. Función intelectual superior conservada. AP: HTA, polimialgia reumática, incontinencia urinaria mixta. Intervenciones quirúrgicas: colecistectomía. Tratamiento: omeprazol 20 mg, bisoprolol 5 mg, solifenacina 5 mg.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril, TA 160/82 mmHg, FC 74 lpm, SatO₂ 96%. Sin aumento de la presión venosa yugular. ACP: rítmica, MVC. Abdomen: leve dolor en epigastrio que irradia hacia el lado derecho, blando, sin peritonismo. Ruidos escasos. Extremidades inferiores: anodino. Analítica: urea 74 mg/dl, creatinina 1,35 mg/dl, AST 22 U/l, ALT 28 U/l, GGT 31 U/l, fosfatasa alcalina 45 U/l, amilasa 90 U/l, Na 141 mEq/l, K 4,3 mEq/l, Cloro 102 mEq/l, filtrado glomerular 36 ml/min/1,73m², leucocitos 7.300/μl (segmentados 51,1%, linfocitos 32,9%), hemoglobina 11,1 g/dl, VCM 87 fL, plaquetas 215.000/μl. Gastroscoopia: lesión que ocupa el antro prepilórico, es mamelonada, y se encuentra ulcerada con zonas de aspecto necrótico y friable, especialmente en la zona superior prepilórica, con sangrado en babeo al roce y al tomar biopsias. Deforma el píloro, estenosando el paso a duodeno a unos 5-6mm. TAC abdominal: neoformación gástrica a nivel antro pilórico con obstrucción al vaciamiento gástrico y cámara gástrica globalmente dilatada. Invasión de grasa perigástrica desbordando la serosa y adenopatías locales.

Juicio clínico: Carcinoma gástrico pobremente diferenciado T4N1M0.

Diagnóstico diferencial: Suboclusión intestinal, pancreatitis, HDA, HDB.

Comentario final: El cáncer gástrico es la segunda causa de mortalidad por neoplasia en el mundo. El cáncer gástrico es más frecuente en hombres que en mujeres con una relación 2:1 y suele diagnosticarse a partir de los 65-74 años. Hay numerosos factores de riesgo alimentarios, ambientales y genéticos (H pylori, antecedentes familiares de cáncer gástrico, antecedentes de úlcera gástrica, tabaco, gastritis atrófica crónica, alimentación rica en sal...). Los síntomas del

cáncer gástrico son inespecíficos por lo que en la mayoría de los casos los síntomas aparecen cuando la enfermedad se encuentra en un estadio avanzado, siendo el dolor abdominal (62-91%) y la pérdida de peso (22-61%) los más frecuentes. El adenocarcinoma gástrico representa más del 95% de los tumores de estómago. Existen dos variantes dentro de los adenocarcinomas, el tipo "intestinal"(más frecuente) y el "difuso" más agresivo y con peor pronóstico. Podemos clasificarlo en tumores proximales (unión gastroesofágica y cardias gástrico) y tumores distales (fondo, cuerpo y antro del estómago) La técnica diagnóstica de elección es la endoscopia con toma de biopsias, al ser el método más sensible y específico, y para el estudio de extensión el TAC abdominal. En el caso presentado dada la presencia de lesión estenosante, la paciente se mantiene en dieta absoluta y nutrición parenteral total recibiendo quimioterapia perioperatoria.

Bibliografía

Dicken BJ, Bigam DL, Cass C et al. Gastric Adenocarcinoma. Review and considerations for future directions. Ann Surg. 2005;241(1):27-39.