



160/988 - MÁS ALLÁ DE LA DISPEPSIA

L. Tirados Pérez^a y A. Tirados Pérez^b

^aMédico Residente de 4º año. CAP Sant Cugat. Mútua de Terrassa. Barcelona. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Lodosa. Navarra.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 58 años que refiere episodios frecuentes de epigastralgia desde los últimos 4 meses, relacionados con la ingesta, cosa que relaciona con la pérdida de empleo y otros problemas laborales, ocasionales náuseas y vómitos que alivian el dolor epigástrico cuando suceden. Astenia progresiva y pérdida de unos 6 kg de peso durante este tiempo, hecho que relaciona con su temor a comer y que aumente el dolor (sitofobia). No refiere alteraciones del hábito deposicional, dolor torácico u otros síntomas. Niega alergias medicamentosas conocidas. Hábitos tóxicos: fumador de medio paquete al día desde la juventud, enolismo ocasional (1 o 2 copas los fines de semana), niega otros tóxicos. Fibrilación auricular permanente tratada con AAS y digoxina. Niega otros antecedentes médicos o intervenciones quirúrgicas de interés.

Exploración y pruebas complementarias: TA 134/77 mmHg, FC 81x'39. Peso: 82,6 kg (refiere peso previo de 90 kg), talla 179 cm. Auscultación respiratoria normal. Tonos cardíacos arrítmicos, no signos de insuficiencia cardíaca. Pruebas complementarias: Analítica normal (incluyendo VSG, perfil hepático, lipídico, función tiroidea y orina), el electrocardiograma muestra fibrilación auricular sin cambios con respecto a previos, radiografía de tórax sin alteraciones agudas, sangre oculta en heces negativa.

Juicio clínico: Se realiza tratamiento para el proceso de dispepsia con durante mes y medio omeprazol y domperidona sin mejoría completa, control de peso semanal que continua bajando ligeramente. Se procede a gastroscopia, que muestra úlcera gástrica, gastritis aguda y presencia de *Helicobacter pylori*. Se inicia tratamiento erradicador con omeprazol, claritromicina y amoxicilina durante 10 días (OCA 10). Leve mejoría de la dispepsia, pero el paciente continúa con astenia y pérdida de peso los siguientes dos meses. Se realiza analítica de control con más parámetros (calcio, fósforo, proteinograma, marcadores tumorales y pruebas reumatológicas) que muestra hipercalcemia (12,3 mg/dl) y ligera hipofosforemia (2,3 mg/dl). Derivación preferente al endocrinólogo por hipercalcemia acompañada de síntomas como astenia, náuseas o vómitos, se comprueba en analítica que presenta niveles elevados de parathormona. Se hace diagnóstico de hiperparatiroidismo primario y se inicia tratamiento para normalizar los niveles de calcio (restricción de calcio y vitamina A y D en la dieta, hidratación abundante) en espera de intervención quirúrgica (paratiroidectomía).

Diagnóstico diferencial: Hiperparatiroidismo primario, neoplasias (carcinoma pulmonar de células escamosas, leucemia, linfoma y mieloma múltiple), fármacos (diuréticos tiazídicos, litio, exceso de

vitaminas D o A), sarcoidosis, enfermedades granulomatosas, inmovilización prolongada, hipertiroidismo.

Comentario final: La astenia y síndrome constitucional son condiciones que requieren un diagnóstico diferencial exhaustivo y la comprobación de que las medidas terapéuticas llevadas a cabo son efectivas y concordantes con el diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Espinàs Boquet J, coordinador. Guía de Actuación en Atención Primaria. 4ª ed. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2011.
2. Melmed S, Polonsky KS, Larsen PR, Kronenberg HM. Williams Textbook of Endocrinology. 12ª ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2011.
3. Rozman C. Farreras Rozman Medicina Interna. 17ª ed. Barcelona: Elsevier, 2012.