



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1466 - No toman todo lo que dicen ni dicen todo lo que toman

A. Ruíz Álvarez^a, C. Martínez Llana^b, R. Rodríguez Blanco^c, N. Fernández Sobredo^d, S. Vidal Tanaka^d y M. de la Roz Sánchez^e

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carriona. Avilés. Asturias.

^bMédico de Familia. Hospital San Agustín. Avilés. Asturias. ^cMédico de Familia de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sabugo. Avilés. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Vegas. Avilés. Asturias. ^eMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Magdalena. Avilés. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 85 años, constando en sus antecedentes personales artrosis e hipertensión arterial, valorada en varias ocasiones por su médico de Atención Primaria por epigastralgia y pirosis, instaura a tratamiento con IBP con mejoría parcial; tras ser rehistoriada varias veces no refiere cambios en su medicación crónica (antihipertensivo y paracetamol) ni reconoce toma de antiinflamatorios. En un episodio posterior presenta vómitos con contenido hemático, se rehistoria de nuevo a la paciente y reconoce la toma de dos comprimidos de diclofenaco diarios para dolores artrósicos desde hace 4 años a pesar de que su MAP le advirtió que evitara la toma crónica y no le prescribió en ningún momento AINEs. Se decide derivación a Urgencias y posteriormente al Servicio de Digestivo donde tras realización de gastroscopia se objetivan úlceras gástricas tipo Forrest III.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril. Palidez cutánea. Abdomen: dolor difuso a la palpación. Analítica. Bioquímica: Glc 95, urea 35, PCR 0,25, iones sin alteraciones. Coagulación: tasa 68,8%. Hemograma: leucocitos 22.600 sin desviación izquierda. Hemoglobina 13,7. Gastroscopia: esófago: restos negruzcos en la mucosa. No signos de esofagitis péptica. Estómago: abundantes restos hemáticos negruzcos en toda la cavidad. En antro gástrico se ve una gran úlcera de unos 40 mm cubierta de fibrina.

Juicio clínico: Úlceras gástricas Forrest III en relación con abuso de AINEs de forma crónica.

Diagnóstico diferencial: Ante un episodio de hematemesis interrogaremos al enfermo para dirigir el diagnóstico etiológico sobre varios aspectos: datos que nos hagan sospechar una hepatopatía (ingesta enólica, infección crónica por VHC, VHB...); ingesta de fármacos irritantes de la mucosa gastroduodenal o que pueden agravar una hemorragia (AAS, AINEs, anticoagulantes, antiagregantes); existencia de una úlcera péptica previa (con síntomas como dolor epigástrico postprandial y nocturno de aparición recurrente), clínica de enfermedad por reflujo gastroesofágico, disfagia, vómitos, pérdida inexplicable de peso...

Comentario final: Con este caso clínico queremos hacer hincapié en la importancia de una buena

historia de nuestros pacientes, ya que la verdadera causa de unos síntomas y por consiguiente de una enfermedad puede estar oculta. Como ocurre en nuestro caso la edad cada vez más avanzada de nuestros pacientes hace que sea más prevalente la coexistencia de enfermedades asociadas graves y se produzca un mayor consumo de fármacos potencialmente lesivos para la mucosa gastrointestinal y a otros niveles.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lanas A, Calvet X, Feu F, Ponce J, Gisbert JP, Barkun A. Primer consenso español sobre el tratamiento de la hemorragia digestiva por úlcera péptica. Med Clin (Barc). 2010;135:608-16.