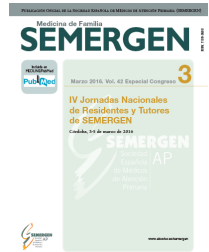




# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## P-297 - NEOPLASIA EN AUGE

S.I. Roncero Martín, E. Franco Daza, A. Sánchez de Toro Gironés, A. Carrasco Angulo, A.A. Ruiz-Risueño Montoya y S. Falla Jurado

CS San Javier.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 56 años que acude por fiebre de dos días, máxima de 39,7 °C, sin foco infeccioso aparente. Recientes viajes por Europa pero no al trópico. El paciente está en estudio por anemia ferropénica con SOH positiva y pérdida de peso mayor de 8 kg, con astenia y escalofríos nocturnos desde hace 1 mes, sin alteraciones del hábito intestinal, síntomas dispépticos ni dolor abdominal. En colonoscopia realizada el mes anterior destaca ano en retroversión con hemorroides internas y pólipo sésil de 7 mm en colon derecho, confirmado por anatomía patológica como adenoma tubular con displasia de bajo grado. Resto de exploración normal. Exfumador de 1.5 paquetes/año desde hace 7 años, hipertenso, diabético tipo 2, hiperreactividad bronquial, disfunción eréctil, hemorroides y poliposis colónica. Antecedentes quirúrgicos: amigdalectomizado, hemorroidectomizado. Tratamiento crónico: Levemir 45 UI, Openvas, amlodipino, Eucreas, Tardyferon y pentoxifilina. Ante la ausencia de foco febril y los antecedentes mencionados se deriva a hospital de referencia para completar estudio.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general, palidez mucocutánea. Consciente y orientado en las 3 esferas. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos. Abdomen sin masas, megalias, dolor ni signos de irritación peritoneal. Neurológico sin alteraciones. ORL sin hallazgos. Ausencia de lesiones dérmicas ni adenopatías paracervicales, supraclaviculares, inguinales ni axilares. Tacto rectal: hemorroides externas no trombosadas. Análisis de sangre: Hb 6 g/dL, Hematocrito 21%, VCM 57,7 fl, HCM 16,5 pg, amilasa 206, PCR 4,3. Radiografía de tórax y abdomen sin hallazgos. Electrocardiograma ritmo sinusal a 91 lpm, sin alteraciones. Gastroscoopia: lago gástrico con agua de lavar carne. Neoformación en curvatura mayor de cuerpo de 7 cm cubierta por exudado fibrinoide, muy friable al roce, con superficie ulcerada en polo inferior. Resto normal. TAC toraco-abdomino-pélvico: neoplasia gástrica de crecimiento endoluminal que infiltra grasa, con adenopatías periportales, en tronco celíaco, ligamento gastrohepático... y nódulo adyacente a ligamento falciforme compatible con adenopatía/implante peritoneal. LOEs hepáticas, 3 lesiones líticas en hueso y micronódulos pulmonares bilaterales inespecíficos sugestivos de metástasis.

**Juicio clínico:** Adenocarcinoma infiltrante de estómago T4N3M1.

**Diagnóstico diferencial:** Neumonía atípica, tuberculosis, endocarditis subaguda, hipertiroidismo, fiebre secundaria al consumo de tóxicos, SIDA, descompensación diabética, gastritis atrófica, colagenosis, neoplasia a cualquier nivel...

**Comentario final:** El carcinoma gástrico es la quinta neoplasia más frecuente del mundo, y aun siendo un cáncer poco frecuente en nuestro medio, su incidencia está aumentando en los últimos años, presumiblemente asociado al cambio en nuestros hábitos alimenticios y estilo de vida. El riesgo es dos veces mayor para varones y máximo en la séptima década de la vida. Requiere un abordaje multidisciplinar para su diagnóstico y tratamiento precoces, dada la alta mortalidad en estadios avanzados.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Fuchs CS, Mayer RJ. Gastric carcinoma. *N Engl J Med.* 1995;333:32.
2. Graham DY, Schwartz JT, Cain GD, Gyorkey F. Prospective evaluation of biopsy number in the diagnosis of esophageal and gastric carcinoma. *Gastroenterology.* 1982;82:228.
3. The General Rules for the Gastric Cancer Study in Surgery and Pathology, 12<sup>th</sup> Japanese Research Society for Gastric Cancer, ed. KanaharaShuppan, Tokyo, 1993.