

Caso clínico 9 de abril 2025

Marina Pintor (R4 MI) - Alberto Morán (FEA MI)
Servicio de Medicina Interna
Complejo Asistencial Universitario de León

Presentación del caso

Varón de 88 años. Motivo de ingreso: **Fiebre**

- Antecedentes personales:

- Vive en domicilio. IABVD

- NAMC

- No hábitos tóxicos

- Prostatismo

- IQ: Hidrocele derecho

- Tratamiento habitual:

Tebatane compuesto 30 mg (1 cp/12h)
(*GLUTAMICO ACIDO, GLICINA, PYGEUM AFRICANUM, ALANINA*)

- Enfermedad actual:

Refiere cuadro de intolerancia a líquidos y sólidos junto con estreñimiento de más de una semana de evolución. Comenta que unos días antes bebió agua en cantidad abundante, teniendo que ir a vomitarla a las pocas horas y sin poder tolerar nada más desde ese momento.

Anteriormente, refiere algunos episodios de disfagia con ardores y “mal sabor” en la boca. Presenta pérdida de apetito desde ese día y de peso no cuantificada. Además, fiebre elevada en últimas horas motivo por el que es remitido a Urgencias del Hospital. AxA sin otras alteraciones.

- Exploración Física:

Buen estado general. Delgado. Eupneico en reposo. Mucosas secas. No adenopatías periféricas. IY negativa.

AC: RsCsRs a 80 lpm con SS FAo II/VI.

AP: MVC con crepitantes en plano anterior de LSD.

Abdomen blando, algo distendido, masa no dolorosa en epigastrio, matidez en flancos y timpanismo en línea media, escaso peristaltismo intestinal.

No edemas ni signos de TVP.

- Analítica: Hemograma: Leucocitos 30.200 (24.760 seg; 2.110 cay). Hb 14.8, VCM 88. Plaquetas 232.000. Bioquímica: Glucosa 123, urea 87, creatinina 0.88, FG 77, Na 140, K 3.65, Cl 92, amilasa 68, GOT 29, GPT 15, bilirrubina total 1.49, PCR 114.
- ECG: ritmo sinusal a 75 lpm, QRS 60o, PR 0.16.
- Radiografías al ingreso:



En resumen...



- Clínica: Varón de 88 años, independiente, no tóxicos

Disfagia con ardor y mal sabor bucal > Vómito a las horas tras ingesta de agua > intolerancia oral progresiva > Pérdida de apetito y peso > Estreñimiento +1 semana > Fiebre -24 horas.

- Exploración: Masa epigástrica no dolorosa, distensión abdominal con RHA ↓, crepitantes en LSD
- Analítica: Leucocitosis 30.200 (↑neutros), PCR 114, función renal ok, discreta elevación de bilirrubina total.
- Rx tórax: Consolidación LSD.
- Rx abdomen: Gran masa central, desplaza estructuras hacia flancos. No aire libre.

Disfagia...

Sensación subjetiva de dificultad o anomalía al tragar

- **Aguda** (cuerpo extraño, espasmo esofágico súbito) vs **no aguda**:
 - **Orofaringea**: inmediatamente después de la deglución, molestias en región cervical.
 - **Esofágica**: varios segundos después de la deglución, retroesternal.
- **Sólidos ± líquidos.**
- **Progresiva o intermitente.**
- Síntomas asociados: ardor, pérdida de peso, hematemesis, anemia, regurgitación de alimentos, síntomas respiratorios...

DD disfagia

- **A sólidos progresiva:**

- Estenosis esofágica: estenosis péptica (esofagitis erosiva por reflujo), radioterapia.
- Carcinoma: Rápidamente progresiva de sólidos > líquidos. Asocia otros síntomas: dolor, anemia, anorexia, pérdida de peso significativa....

- **A sólidos intermitente:**

- Esofagitis eosinofílica, anillos, telas, malformaciones cardiovasculares con compresión externa.

- **A líquidos y sólidos:** acalasia, trastornos de la motilidad, esclerosis sistémica.

- Con **odinofagia:** esofagitis infecciosa (VHS, CMV, cándida..), reflujo, enfermedad de Crohn.

Vómito tras varias horas de la ingesta

Sugiere alteración del vaciado gástrico

- El estómago normalmente vacía líquidos en menos de 1–2 horas y sólidos en 3–4 horas.
- Principales causas de retraso en el vaciado:
 1. Obstrucción del tracto de salida gástrico.
 2. Gastroparesia: Diabetes, fármacos (opioides), causas idiopáticas o neurológicas. No provoca masa ni desplazamiento intestinal.
- Signo clínico: Succussion splash o bazuqueo. Sonido de chapoteo auscultado al agitar el contenido del estomago.

Obstrucción del tracto de salida gástrico

(Gastric Outlet Obstruction, GOO)

- Neoplasia
- Inflamatorio
- Infiltrativo
- Raros

NEOPLASIA	A favor	En contra
Cáncer gástrico distal	Edad avanzada, pérdida de peso, masa epigástrica, vómitos postprandiales	No hematemesis ni melenas (no obligatorios)
Adenocarcinoma pancreático (invade duodeno)	Masa epigástrica, ictericia si obstrucción biliar (BT ↑), anorexia	Localización típica retroperitoneal, clínica a veces silente
Linfoma gástrico	Masa epigástrica grande, fiebre, pérdida peso	Menos común en >80 años, no pancitopenia ni esplenomegalia
Tumor duodenal proximal / ampular	Vómitos, ictericia si ampular, alteración hepática	Muy raro, suele debutar con ictericia más que vómitos
Colangiocarcinoma (extensión local)	Ictericia, dilatación biliar, edad avanzada	No signos claros de colestasis, masa no compatible con vía biliar
Tumores carcinoides	Si son duodenales, pueden infiltrar y obstruir	Poco frecuentes, suele haber flushing, diarrea, síntomas sistémicos
GIST / leiomiosarcoma gástrico	Masa epigástrica central, puede ulcerar o sangrar	Poco síntomas hasta fases avanzadas, marcador CEA/CA19.9 no suele elevarse

INFLAMATORIO	A favor	En contra
Úlcera pilórica o bulbar (estenosis)	Dispepsia, vómitos sin fiebre	No antecedentes claros uso de AINEs, edad tardía poco típica para debut ulceroso.
Pancreatitis crónica	Calcificaciones, dolor posprandial, historia alcohólica	No clínica previa ni amilasemia, no dolor compatible, no OH, no calcificaciones.
Cáusticos (estenosis cicatricial)	Antecedente de ingesta cáustica	Ausencia de historia compatible

INFILTRATIVO Y OTROS	A favor	En contra
Crohn gástrico / duodenal	Jóvenes, síntomas de EII, lesiones múltiples	Edad totalmente discordante, sin diarrea ni antecedentes
Tuberculosis gástrica	Inmunosupresión, antecedentes TB, países endémicos	Poco frecuente, sin síndrome constitucional compatible
Bezoar	Antecedentes de gastrectomía, disfagia, deterioro neurológico	No dispepsia previa, no trastorno psiquiátrico, muy infrecuente
Hematoma duodenal	Trauma abdominal, coagulopatía	No antecedentes compatibles
Vólvulo gástrico	Dolor epigástrico súbito, vómitos, timpanismo	Cuadro más agudo y dramático
Síndrome de Bouveret	Obstrucción 2º a impactación de cálculo biliar en el bulbo	No neumobilia, no antecedentes de cólicos ni litiasis previos

Cómo encaja el resto de los hallazgos....

- Consolidación LSD, fiebre y leucocitosis: neumonía aspirativa secundaria a vómitos y disfagia.
- Masa epigástrica: tumor palpable o estómago dilatado
- Estreñimiento: secundario a baja ingesta y al efecto masa
- Mal sabor bucal: Éstasis gástrico, fermentación

Impresión diagnóstica

Apuestas...

1. Cáncer gástrico con obstrucción parcial del tracto de salida gástrico + neumonía aspirativa secundaria.
2. Linfoma intrabdominal (masa + fiebre + desplazamiento colónico)
3. Absceso intraabdominal (fiebre y masa, densidad homogénea en contra)

Qué haría

A las 3 de la mañana....

Dieta absoluta \pm SNG si vómitos recurrentes.

Sueroterapia + balance hídrico.

Antibiótico empírico P/T: foco abdominal y respiratorio + anaerobios.

Oxigenoterapia si IRA

Solicitaría:

- Analítica (BQ básica, hepática, amilasa y lipasa, PCR, PCT, hemograma).
- Gasometría arterial + lactato.
- Microbiología: Cultivos de sangre y orina \pm esputo.
- TC tórax-abdomen con contraste.
- Gastroscoopia con biopsia.

Gracias

