



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

INFORME FINAL MODALIDAD EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICO GENERAL

“CÁNCER GÁSTRICO”

AUTOR: Neryah Teresa Rivadeneira Sanipatin

DIRECTOR: Dr. Henry Paúl Samaniego Pineda

ASESOR: Dr. Rafael Eduardo Flores Mundo

Ibarra-Ecuador

Agosto 2024



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

DIRECCIÓN DE BIBLIOTECA

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

| DATOS DE CONTACTO | | | |
|----------------------|--------------------------------------|-----------------|------------|
| CÉDULA DE IDENTIDAD: | 1757792476 | | |
| APELLIDOS Y NOMBRES: | Rivadeneira Sanipatin Neryah Teresa | | |
| DIRECCIÓN: | San Antonio – Amazonas y 17 de julio | | |
| EMAIL: | ntrivadeneiras@utn.edu.ec | | |
| TELÉFONO FIJO: | 2933336 | TELÉFONO MÓVIL: | 0960083876 |

| DATOS DE LA OBRA | |
|-----------------------------|---|
| TÍTULO: | Cáncer gástrico |
| AUTOR (ES): | Neryah Teresa Rivadeneira Sanipatin |
| FECHA: DD/MM/AAAA | 08/08/2024 |
| SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO | |
| PROGRAMA: | <input checked="" type="checkbox"/> GRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO |
| TITULO POR EL QUE OPTA: | Médico general |
| ASESOR /DIRECTOR: | Dr. Henry Paúl Samaniego Pineda |

2. CONSTANCIAS

El autor (es) manifiesta (n) que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 08 días del mes de agosto de 2024

EL AUTOR:

Neryah Rivadeneira



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA



CERTIFICACIÓN DEL DOCENTE DE TRABAJO DE TITULACIÓN II
MODALIDAD EXAMEN COMPLEXIVO


Ibarra, 08 de agosto de 2024

Dr. Henry Paul Samaniego Pineda

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

CERTIFICA:

Haber revisado el presente informe final del trabajo de Integración Curricular, el mismo que se ajusta a las normas vigentes de la Universidad Técnica del Norte; en consecuencia, autorizo su presentación para los fines legales pertinentes.

① 

Dr. Henry Paul Samaniego Pineda

C.C.: 1003838438



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA



APROBACIÓN DEL COMITÉ CALIFICADOR

El Comité Calificado del trabajo de Integración Curricular “Cáncer Gástrico” elaborado por Neryah Teresa Rivadeneira Sanipatin , previo a la obtención del título de Médico General, aprueba el presente informe de investigación en nombre de la Universidad Técnica del Norte:

(f): 

Dr. Henry Paul Samaniego Pineda

C.C. 1003838438

(f): 

Dr. Rafael Eduardo Flores Mundo

C.C.1758691487



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA



DEDICATORIA

Sabiendo que no existe una forma de agradecer toda una vida de sacrificio, dedicación y esfuerzo; me gustaría expresar mi más profundo agradecimiento a mis padres.

Me encuentro llena de felicidad y esperanza al final de esta etapa, y dedico este trabajo, no solo a ellos, sino también a cada uno de mis seres queridos y amigos, quienes han sido mis pilares para seguir adelante.

Este trabajo, para mí, es un tributo a la colaboración, paciencia y comprensión que me han brindado a lo largo de mi viaje académico.

Su presencia en mi vida es un regalo invaluable.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA



AGRADECIMIENTO

Me gustaría agradecer a todas aquellas personas que, de una forma u otra, han formado parte de mi formación académica. Aquellos que con su dedicación y pasión, me han ayudado a llegar aquí. Gracias por compartir sus conocimientos y acompañarme durante estos años. Me han demostrado que la profesión nace del alma y llevaré conmigo cada enseñanza y cada consejo brindado.

Con profunda gratitud y admiración,

Neryah Rivadeneira.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA



ÍNDICE DE CONTENIDO

| | |
|---|-----------|
| 1. DATOS DE FILIACIÓN..... | 10 |
| 2. MOTIVO DE CONSULTA..... | 11 |
| 3. ANTECEDENTES PERSONALES..... | 11 |
| 4. ANTECEDENTES FAMILIARES..... | 11 |
| 5. HISTORIA PSICOSOCIAL..... | 12 |
| 6. ENFERMEDAD ACTUAL..... | 12 |
| 7. EXAMEN FÍSICO..... | 13 |
| 7.1 Examen físico general..... | 13 |
| 7.2 Examen físico regional..... | 13 |
| 7.3 Examen físico por sistemas..... | 16 |
| 8. DIAGNÓSTICO SINDRÓMICO..... | 20 |
| 9. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL..... | 21 |
| 10. EXAMENES COMPLEMENTARIOS..... | 23 |
| 11. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO..... | 26 |
| 12. TRATAMIENTO..... | 26 |
| 12.1 Preparación prequirúrgica..... | 26 |
| 12.2 Procedimiento quirúrgico..... | 27 |
| 12.3 Cuidados postquirúrgicos inmediatos y mediatos..... | 27 |
| 13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 29 |



DISCUSIÓN DE CASO CLÍNICO

1. Datos de filiación.

Tabla 1. Datos de filiación del paciente.

| | |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| Nombre | XXXX |
| Edad | 67 años |
| Sexo | Masculino |
| Etnia | Afrodescendiente |
| Religión | Católica |
| Grupo sanguíneo | O RH+ |
| Transfusiones previas | Niega |
| Lateralidad | Diestra |
| Orientación sexual | Heterosexual |
| Identidad de género | Masculino |
| Discapacidad (tipo y %) | NA |
| Estado civil | Casado |
| Ocupación | Transportista (Jubilado hace 1 año) |
| Instrucción | Secundaria |
| Dirección | Ibarra |
| Lugar de nacimiento | Ibarra |
| Fecha de nacimiento | 12.07.1957 |
| Residencia habitual | Urbano |
| Teléfono | XXX-XXX-XXX |
| Fuente de información | Paciente |

Nota: La información se obtuvo durante el interrogatorio médico - paciente.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA



2. Motivo de Consulta.

- “Me duele el estómago”
- “Tengo náusea y vómito”

3. Antecedentes personales.

- Antecedentes clínicos: Dispepsia, diagnosticada hace 4 años, en tratamiento con Omeprazol 40mg QD, esporádicamente, cuando la sintomatología empeora. Refiere no haberse realizado nunca una endoscopia digestiva alta.
- Antecedentes quirúrgicos: Niega
- Alergias: Niega
- Antecedentes reproductivos masculinos: IVSA 17 años, conducta sexual: heterosexualidad. Actualmente mantiene vida sexual activa con una frecuencia de 2 veces al mes. Una sola pareja sexual. Niega uso de método anticonceptivo. Hijos: 2.
- Inmunización: Esquema de vacunación completo, Influenza y Covid (3 dosis).
- Hábitos tóxicos: Tabaco 3 diarios desde hace 50 años. IPA 7.5. Alcohol socialmente, 2 veces al mes, llegando a estado de embriaguez. No exposición a biomasa. No herbolarios. No uso de medicina tradicional. Niega automedicación.
- Hábitos fisiológicos: Sueño 6 horas diarias, sin insomnio de conciliación o mantenimiento. Alimentación 4 veces al día con dieta normocalórica, rica en carbohidratos, con abundantes conservados y carnes rojas; bajo consumo de frutas y verduras. Líquidos: agua 1 litro diario. Actividad física: Sedentario. Deposición una vez al día, de tipo 4 en la escala de Bristol. Micción tres veces al día, una en la noche; niega dificultades al orinar. Chorro urinario continuo con calibre y fuerza conservada; color amarillento sin espuma presente.

4. Antecedentes familiares.

- Madre Cáncer de mama (fallecida)



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA



- Hermano menor HTA (vivo)

5. Historia psicosocial.

Paciente que convive en un familia extendida, mediana (4 miembros) y trigeracional. En contracción como etapa del ciclo vital familiar. Se trata de un núcleo normofuncional con un APGAR familiar de 18 puntos.

Condiciones estructurales de vivienda adecuadas, con equipamiento doméstico básico y sin hacinamiento. Buena calidad del agua de consumo, eliminación de desechos adecuada, con dos perros como mascotas intradomiciliarias, ambos con vacunas completas y desparasitados con frecuencia.

Existe buena red de apoyo familiar, sin signos de violencia intrafamiliar.

6. Enfermedad Actual.

Paciente masculino de 67 años de edad, con dispepsia crónica, que acude al servicio de emergencia del Hospital San Vicente Paúl, presentando dolor abdominal intermitente localizado en epigastrio con una evolución de seis meses. El dolor se torna persistente y empeora en las últimas 72 horas; es de tipo urente, con una EVA actual de 8/10. Se irradia hacia el resto de la región abdominal y empeora después de la ingesta de alimentos. No hay acalmias y se acompaña de náuseas seguidas de vómitos, en número de 4 al día y de contenido alimentario, con estrías sanguinolentas en algunas ocasiones. Adicionalmente, refiere deposición con heces negras hace 72 horas y en una única ocasión. Todo esto, acompañado de hiporexia, sensación de llenura precoz, una pérdida de peso de 11 kilogramos en los últimos tres meses y astenia. Paciente refiere automedicación con IBP, pero al no mejorar su sintomatología, acude a esta casa de salud, donde se procede a su posterior evaluación.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA



7. Examen físico.

7.1 Examen físico general

- Biotipo: Normolíneo
- Signos vitales: TA 136/96 mmHg, FR: 19 rpm, FC: 88 lpm, Saturación 95%, Temperatura axilar 37.2°C
- Medidas antropométricas: Talla 1.78m, Peso 68 kg, IMC 21.4 (normopeso), perímetro abdominal 88 cm.
- Piel, mucosas y faneras: Piel con coloración eutrófica, normotérmica, seca, sin pliegue cutáneo prolongado, lisa; con turgencia, elasticidad, grosor y movilidad adecuados, con buena higiene y sin lesiones. Regiones palmar y plantar ligeramente ictéricas. Mucosas orales ligeramente pálidas, húmedas. Cabello con buena higiene; de color y pigmentación, cantidad, textura y distribución acordes a su edad y sexo. Uñas de forma y configuración regulares, color uniforme y llenado capilar < 2 segundos.
- Tejido celular subcutáneo: De cantidad mínima, con distribución uniforme, de consistencia blanda, homogénea, sin alteraciones palpables. Movilidad conservada, sin adherencias ni restricciones.

7.2 Examen físico regional

7.2.1 Cabeza

Perímetro cefálico dentro de límites esperados, sin hallazgos significativos a la inspección o palpación; cabello de implantación eutrófica.

Facie asténica, no característica de ninguna patología, surcos faciales simétricos, sin tumoraciones aparentes.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA



Cejas simétricas, vello con distribución uniforme, sin signos de fragilidad. Ojos alineados, sin signos de estrabismo. Párpados sin alteración aparente, conjuntiva clara y ligeramente pálida; ictericia leve en esclerótica. Pupilas isocóricas, normorreactivas a la luz y acomodación.

Nariz de forma y configuración típicas, sin desviaciones ni deformidades. Orificios nasales permeables, sin presencia de secreciones. Senos paranasales no dolorosos a la palpación.

Pabellón auricular simétrico, con tamaño y posición habituales. Conducto auditivo externo limpio y permeable; sin signos de inflamación. No hay respuesta dolorosa a la palpación.

7.2.2 Cuello

Cuello de forma y volumen típicos, posición central con movilidad conservada. Glándula tiroides palpable, eutrófica, sin nódulos ni respuesta dolorosa. Se halla adenopatía en región supraclavicular izquierda, con un diámetro de 2 cm, de consistencia firme, no dolorosa y fija durante la palpación. Pulso carotídeo presente, no ingurgitación yugular.

Tórax con expansibilidad conservada, sin uso de musculatura accesoria. Mamas simétricas, sin aumento de volumen significativo, piel íntegra, sin eritema, retracciones, ulceraciones, masas o cicatrices visibles. Areolas y pezones de tamaño, forma y color eutróficos. Tejido mamario escaso, blando, sin masas palpables ni percepción dolorosa. Ganglios linfáticos de la región axilar no hipertróficos ni dolorosos a la palpación.

7.2.3 Tórax (descrito en examen físico por sistemas)

7.2.4 Abdomen

A la inspección, se observa abdomen levemente distendido, simétrico, con ligero aumento de volumen, sin cicatrices o estrías visibles. Respiración de tipo abdominal, con movimientos respiratorios levemente reducidos. No pulsaciones visibles.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA



A la auscultación, ruidos hidroaéreos disminuidos con frecuencia 4/min. No se auscultan sonidos vasculares.

A la palpación superficial, abdomen suave, depresible, con área dolorosa en región epigástrica. A la palpación profunda se identifica masa dura, irregular e inmóvil, de aproximadamente 5 cm en el epigastrio que es dolorosa a la palpación.

- Hígado: Durante la palpación profunda del hipocondrio derecho, hígado con superficie irregular, consistencia dura, puede sentirse aumento de tamaño, ubicándose 3 cm por debajo del reborde costal.
- Bazo: No palpable, no masas en cuadrante superior izquierdo.
- Riñones: No se palpa riñones aumentados de tamaño ni zonas dolorosas.
- Aorta abdominal: No se observan anomalías palpables en la región.

A la percusión, timpanismo abdominal, con zona de matidez desplazable sobre flancos y área periumbilical. Presencia de onda ascítica.

Pruebas Especiales: Signo de Murphy (-), Signo de McBurney (-), Signo de Rovsing (-), Signo de Blumberg (-), Maniobra de Psoas (-)

7.2.5 Columna Vertebral:

Alineada, curvaturas naturales presentes, sin alteraciones anatómicas. No dolor a la palpación, movilidad conservada.

7.2.6 Extremidades

Extremidades simétricas, no edematizadas, no varices, con musculatura levemente hipotrófica. Pulsos periféricos simétricos en ambos lados, rítmicos y eucinéticos. Reflejos osteotendinosos (2+). Fuerza muscular grado 5 en escala de Daniels, sensibilidad conservada.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA



7.3 Examen físico por sistemas

7.3.1. Sistema osteomioarticular (SOMA)

Huesos y articulaciones correctamente alineados, con marcha fluida y coordinada; extremidades simétricas y postura correcta.

La columna vertebral presenta curvaturas fisiológicas sin desviaciones laterales. Articulaciones con amplitud de movimiento completa y libre de restricciones.

Musculatura con buen tono, ligeramente hipotrófica. Fuerza muscular grado 5 en escala de Daniels.

Piel que recubre articulaciones sin edema, eritema ni lesiones visibles.

Movimientos activos y pasivos no dolorosos. No crepitación, no deformidades visibles.

7.3.2. Tórax y sistema respiratorio

A la inspección se observa tórax simétrico y proporcional, sin deformidades. Respiración de tipo toracoabdominal, con 19 rpm, de ritmo regular, superficial, movimientos respiratorios de patrón habitual. La palpación muestra buena expansibilidad torácica, frémito adecuado y simétrico. Se percute sonido resonante y uniforme en ambos campos pulmonares. Murmullo vesicular presente en toda la periferia pulmonar.

7.3.4. Sistema circulatorio

Paciente sin signos de disnea, cianosis, palidez o edemas. No ingurjitación yugular.

Ruidos cardíacos rítmicos, con una frecuencia de 88 lpm, de tono claro y nítido, con una intensidad y fuerza adecuadas para cada foco auscultatorio. No ruidos sobreañadidos.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA



La matidez cardiaca se extiende desde el borde esternal izquierdo hasta línea medioclavicular en el quinto espacio intercostal. Choque de la punta ausente.

7.3.5. Sistemas arterial y vascular periférico

Pulsos arteriales periféricos presentes, de buena amplitud (3+) y ritmo. TA 136/96 mmHg, sin variaciones patológicas en las diferentes tomas.

No várices ni microvárices en miembros inferiores; no circulación colateral, ingurgitación yugular ni reflujo hepatoyugular.

7.3.6. Sistema nervioso

Paciente alerta, orientado en tiempo, espacio y persona. Habilidades para comunicación, memoria y lenguaje conservados. Sin signos evidentes de alteraciones neurológicas.

Facie asténica. Actitud compuesta y marcha regular, sin alteraciones evidentes.

Taxia, praxia, motilidad, tono muscular conservado y trofismo ligeramente reducido. Reflectividad (+2).

7.3.7. Sistema digestivo

Segmento superior o supradiafragmático

Estructuras externas de la cavidad oral

Labios y comisuras: simétricos, sin deformidades. No problemas de oclusión dentaria.

Articulación temporomandibular sin dolor, crepitación o limitación en el movimiento. Músculos masticadores indoloros a la palpación.

Glándulas salivales no hipertróficas.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA



Boca

Mucosa labial y yugal rosada, húmeda, sin acumulación de placa, sin lesiones visibles. Encías rosadas, firmes y sin signos de inflamación. 25 piezas dentales conservadas, pérdidas en la hemiarcada inferior izquierda, reemplazadas por prótesis dental. Se evidencia presencia de caries y placas amarillentas en diversas piezas dentales.

Lengua simétrica y con movilidad conservada. Superficie dorsal lisa, poco saburral. Papilas gustativas eutróficas. Superficie ventral con integridad de mucosa, frenillo y carúnculas; no lesiones visibles.

Bóveda palatina con paladar duro sin deformidades. Paladar blando con úvula central y móvil.

Orofaringe no congestiva, no enfisematosa. Pilares simétricos, sin lesiones. Amígdalas palatinas sin presencia de exudados o hipertrofia. Reflejo faríngeo conservado.

Abdomen (ya descrito en examen regional)

Recto y ano

Pliegues, glúteos, regiones sacrococcígea, perianal y anal, libres de lesiones. Ano limpio, con pliegues simétricos, no hemorroides externas ni otras lesiones.

Tacto rectal: Se realiza tacto rectal con paciente en posición decúbito lateral izquierdo. Esfínter anal con tono conservado. Paredes rectales lisas, no masas ni irregularidades palpables. Próstata de tamaño fisiológico, simétrica y de consistencia homogénea, sin nódulos ni sensibilidad aumentada. En el fondo de saco de Douglas se palpa una masa dura y nodular.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA



7.3.8. Sistema Linfático y Bazo

Ganglio linfático hipertrófico en región supraclavicular izquierda. Tamaño de aproximadamente 2 cm, bien delimitado, de forma ovalada y consistencia firme, fijo e indoloro a la palpación.

No hay otros hallazgos que sugieran anomalías.

7.3.9. Sistema urinario

Durante la inspección, no se encuentran masas o cambios en la forma del abdomen sugestivos de agrandamiento renal.

Procedimiento bimanual de Guyon: no masas, ni irregularidades en forma o sensibilidad.

Peloteo renal: riñones suaves, sin presencia de líquido libre.

Maniobra de Glenard: posición renal en región retroperitoneal, bilateralmente a ambos lados de la columna vertebral, extendiéndose desde la parte superior de la décima vértebra torácica hasta aproximadamente la tercera vértebra lumbar.

Método de Goelet: no masas ni áreas dolorosas significativas.

No puntos dolorosos renouretrales.

Puño percusión en fosas lumbares negativo.

7.3.10. Sistema genital masculino

Aparato genital masculino externo sin anomalías visibles. A la palpación, testículos de tamaño, textura y consistencia típica. Cordón sin signos de torsión testicular. Maniobra de Valsalva negativa.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA



8. Diagnóstico Sindrómico.

- Síndrome dispéptico
- Síndrome constitucional
- Síndrome pilórico.

Análisis

- Síndrome dispéptico: La dispepsia se caracteriza, de manera muy general, como molestias centradas a nivel superior del abdomen y se le puede atribuir a este paciente debido a la presencia de síntomas como saciedad precoz, plenitud post prandial, y dolor de tipo urente en epigastrio. Este síndrome es más común en mujeres, fumadores y personas que consumen frecuentemente antiinflamatorios no esteroideos. Estadísticamente, las causas orgánicas más frecuentes son: úlcera gastroduodenal, enfermedad de reflujo gastroduodenal y cáncer gástrico (1).
- Síndrome Constitucional: “Supone la asociación de astenia, anorexia y pérdida significativa de peso (disminución involuntaria del 5 % del peso corporal total en 6 meses)”. Este síndrome tiene un diagnóstico diferencial sumamente amplio por lo que se enfatiza la importancia de asociarlo a otras manifestaciones clínicas para acercarlo a la causa etiológica (2).
- Síndrome pilórico: Es el resultado de una evacuación gástrica inadecuada. El síntoma más frecuente es el vómito, presente en más del 90% de pacientes. Además, el paciente refiere náuseas, vómito con contenido alimentario sin digerir, el dolor se localiza en epigastrio. En este síndrome es típico que ocurra una disminución significativa de peso, saciedad precoz y constipación en muchas ocasiones. Las causas de obstrucción pilórica son variables pero las más frecuentes son: úlcera péptica, neoplasias en un 50% de los casos, causas inflamatorias y otras (3).



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA



9. Diagnóstico Diferencial.

- Estenosis hipertrófica del píloro
- Estenosis péptica
- Gastritis crónica
- Úlcera gástrica
- Enfermedad de Crohn

Análisis

Una estenosis hipertrófica se define como “la obstrucción de la luz pilórica secundaria a una hipertrofia muscular del píloro” (4). Aunque se trata de una patología poco frecuente en el adulto, los factores de riesgo del paciente tratado son: sexo masculino con una incidencia de 3:1 comparándose con el sexo femenino, tabaquismo y la edad, dado que la mayoría de casos se dan entre los 40 y 70 años. La sintomatología coincide con la del paciente, dado que esta enfermedad suele manifestarse con dolor abdominal, vómitos y pérdida de peso. Los hallazgos diagnósticos que se se esperarían encontrar son masa palpable en el abdomen, ecografía abdominal que muestre engrosamiento del músculo pilórico y estudios de bario que demuestren que hay una obstrucción gástrica.

Una estenosis péptica puede ser el resultado de una enfermedad úlcero péptica no tratada, la cuál al cicatrizar provoca una fibrosis, causa de la obstrucción. Los síntomas comunes son disfagia, saciedad temprana, vómitos de contenido alimentario sin digerir y pérdida de peso. Este paciente refiere dispepsia desde hace 4 años, lo que haría pensar en la existencia de posible tejido cicatrizal en la región. En este caso, los hallazgos diagnósticos serían cicatrices y/o estrechamiento a nivel



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA



esofágico o gástrico y estudios de bario que nuevamente puedan demostrar que existe una zona de obstrucción.

La gastritis crónica por su parte, se podría relacionar con este paciente ya que se manifiesta de manera habitual con dolor epigástrico, náuseas, distensión abdominal y pérdida de apetito. Es común la pirosis y los eructos, sintomatología que el paciente niega. Los hallazgos clínicos de esta patología serían, inflamación de mucosa gástrica, histología mostrando cambios inflamatorios y probablemente un Test de Ureasa rápida o test de aliento positivo para *Helicobacter Pylori*.

Por otra parte, la úlcera gástrica también se podría sospechar en el paciente por sintomatología como dolor epigástrico, náuseas, pérdida de peso, y quizás lo que más llama la atención en este caso; la presencia de melena referida por el paciente en una ocasión hace 72 horas. El diagnóstico sería mediante endoscopia y habría que realizarse una biopsia para descartar malignidad.

Por último, una enfermedad de Crohn sería también un diagnóstico diferencial razonable, dado que el paciente destaca el dolor abdominal, la pérdida de peso. El paciente no refiere diarreas ni periodos activos que se alternan con fases asintomáticas, típicas de esta patología. El diagnóstico se basa en el diagnóstico endoscópico, se espera revele inflamación segmentaria y en algunas ocasiones, zonas ulceradas. La Resonancia magnética podría revelar engrosamiento de la pared abdominal y/o estenosis.

Dado que la evaluación clínica exhaustiva, no nos permite establecer un diagnóstico definitivo; se debe hacer un uso adecuado de los diferentes estudios diagnósticos disponibles en la unidad de salud.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA



10. Exámenes complementarios.

Tabla 2. Biometría hemática del paciente.

| Línea Roja | Línea Blanca | Serie Plaquetaria |
|--|--|-------------------------|
| Hemoglobina 10.5 g/dL | Recuento de glóbulos blancos (WBC) | Plaquetas |
| Hematocrito: 32% | 2 500 células/mm ³ | 250 000/mm ³ |
| RBC 4.1 millones de células/mL | Basófilos: 50 células/mm ³ | |
| VCM: 88fL | Eosinófilos: 100 células/mm ³ | |
| CHCM: 34 g/dL | Linfocitos: 1 000 células/mm ³ | |
| Hierro sérico: 40 µg/dL | Monocitos: 250 células/mm ³ | |
| Capacidad Total de Unión al Hierro (TIBC): 200 µg/dL | Neutrófilos totales: 1 000 células/mm ³ | |
| Ferritina: 500 ng/mL | Segmentados: 950 células/mm ³ (95%) | |
| | En banda: 50 células/mm ³ (5%) | |

Tabla 3. Química sanguínea.

| | |
|-------------------|-----------|
| Glucosa en ayunas | 55 mg/dL |
| Urea | 58 mg/dL |
| BUN | 40 mg/dL |
| Creatinina | 1.5 mg/dL |



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA



| | |
|-----------------------|-----------|
| Colesterol total | 140 mg/dL |
| Colesterol HDL | 65 mg/dL |
| Colesterol LDL | 80 g/dL |
| Triglicéridos | 145 g/dL |
| Proteínas Totales | 4.2 g/dL |
| Albumina | 2.1 g/dL |
| Bilirrubina total | 2.5 mg/dL |
| Bilirrubina directa | 0.6 mg/dL |
| Bilirrubina indirecta | 1.4 mg/dL |
| TGO (AST) | 54 U/L |
| TGP (ALT) | 47 U/L |
| Calcio | 8.9 mg/dL |
| Fósforo | 2.5 mg/dL |
| Sodio | 132 meq/L |
| Potasio | 3.1 meq/L |
| Cloro | 91 meq/L |

Pruebas de coagulación: TP 17 segundos, TTPa 44 segundos.

Función pancreática: Amilasa 90 U/L; Lipasa 105 U/L.

PSOH: POSITIVO

Marcadores tumorales CA 19-9 150 U/mL y CEA 100 ng/mL.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA



Endoscopia digestiva alta: *Gastritis atrófica crónica fúndica y Cáncer Gástrico avanzado tipo Borrmann 3 localizado en antro.*

Descripción Macroscópica: Mucosa gástrica con áreas de adelgazamiento y depósitos blanquecinos en placas delgadas, consistente con gastritis atrófica con metaplasia intestinal.

Lesión ulcerada de aproximadamente 5 cm de diámetro en el antro gástrico, con bordes irregulares y elevados, centro necrótico y signos de infiltración profunda de la pared gástrica.

Presencia de mucosa edematosa y eritematosa alrededor de la lesión ulcerada.

Biopsia:

Gastritis atrófica crónica con metaplasia intestinal y presencia de Helicobacter pylori.

Descripción Histológica: Atrofia de glándulas gástricas. Infiltración inflamatoria crónica con linfocitos y células plasmáticas. Metaplasia intestinal con células caliciformes. Helicobacter pylori positivo mediante tinción de Giemsa.

Adenocarcinoma gástrico de tipo intestinal (Lauren).

Descripción Histológica: Presencia de células neoplásicas glandulares epiteliales que forman estructuras tubulares y papilares. Infiltración tumoral profunda a través de la mucosa, submucosa y muscularis propia. Bordes irregulares de la úlcera con invasión neoplásica. Infiltración linfovascular y perineural presente.

Tomografía Abdominal Computarizada:

Revela múltiples hallazgos consistentes con cáncer gástrico avanzado con metástasis.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA



Múltiples adenopatías oblongadas, periaórticas y pericavas, mayores a 1 cm y distribuidas a lo largo de la arteria aorta abdominal y vena cava inferior.

Lesión primaria en estómago, de 5cm con realce heterogéneo y localizada en antro, la cual condiciona efecto obstructivo con consiguiente dilatación de la cámara gástrica.

En el hígado, se identifican múltiples lesiones hipodensas dispersas por ambos lóbulos hepáticos, medidas entre 1-2 cm, características de metástasis hepáticas.

Además, se visualiza engrosamiento nodular difuso del peritoneo con múltiples placas peritoneales distribuidas de manera generalizada, indicativo de carcinomatosis peritoneal. Se evidencia también ascitis moderada con presencia de líquido libre en la cavidad abdominal.

11. Diagnóstico definitivo.

Adenocarcinoma gástrico moderadamente diferenciado del antro.

Clasificación TNM: Cáncer gástrico en estadio IV

- T2 (mucosa, submucosa y muscularis)
- N3a (7-15 ganglios)
- M1 (metástasis a distancia).

12. Tratamiento.

12.1 Preparación prequirúrgica

Hospitalización del paciente a cargo del departamento de cirugía, con diagnóstico de Adenocarcinoma gástrico. Paciente en condición de cuidado (amarillo).



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA



Control de signos vitales cada 6 horas. Paciente en posición indiferente. Cuidados de enfermería (control hídrico, control de ingesta y excreta, recolección de sonda nasogástrica, sonda vesical y curva térmica).

Paciente en NPO desde el ingreso y colocación de la sonda nasogástrica para vaciamiento gástrico, e hidratación intravenosa con Lactato Ringer.

Profilaxis antibiótica con Cefazolina 2 gramos 30 minutos antes de la cirugía.

12.2 Procedimiento quirúrgico

Derivación gastroentérica para aliviar los síntomas de obstrucción. En caso de no poder realizarse, yeyunostomía de alimentación.

12.3 Cuidados postquirúrgicos inmediatos y mediatos

- Monitorización: Signos vitales cada 6 horas, diuresis y balance hídrico.
- Terapia analgésica: Parectamol o metamizol 1 gramo cada 8h más tramadol 100mg cada 8 horas diluido lento. Evaluación del dolor cada 6 horas.
- Monitorización de drenajes dependiendo de los hallazgos quirúrgicos.
- Reinicio de la alimentación: Primeras 24 horas, paciente en ayuno y recibirá líquidos intravenosos. A las 48 horas dieta líquida amplia y dieta blanda a las 72 horas; según tolerancia.

En caso de realizar una yeyunostomía, paciente recibirá dextrosa en infusión continua a las 12 horas y a las 24 hora dieta licuada a través de yeyunostomía.

- Movilización temprana a las 6 horas de acuerdo al protocolo ERAS para prevenir complicaciones como trombosis venosa profunda.
- Profilaxis Tromboembólica: Enoxaparina subcutánea 0.5 mg/kg durante hospitalización.
- Cuidado de la Herida: Herida cubierta 24 horas con apósito, posteriormente se retira y se deja expuesta. Lavado diario con agua y jabón neutro secándose bien con una toalla.
- Indicar signos de alarma: Para la detección temprana de complicaciones.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA



- Educación al paciente y a la familia, explicando el procedimiento realizado y proveer información sobre el seguimiento postoperatorio.
- Derivación a oncología

Una vez el paciente reciba el alta hospitalario, deberá ser reinsertado a la comunidad, utilizando un enfoque holístico que incluya la dispensarización del paciente, educación sobre la enfermedad, red de apoyo familiar y social, seguimiento regular para monitoreo de estado de salud general.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA



13. Referencias Bibliográficas.

1. Durán Zelaya RS, Castañeda Benítez CE, Romero Turcios NM. Síndrome dispéptico en los pacientes que consultan la UCSF-I Conchagua. *Crea Cienc Rev Cient* [Internet]. 2020;13(1):11–21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5377/creaciencia.v13i1.10462>
2. Ramírez FB, Carmona JA, Morales Gabardino JA. Estudio inicial del paciente con síndrome constitucional en atención primaria. *FMC - Form Médica Contin Aten Primaria* [Internet]. 2012;19(5):268–77. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s1134-2072\(12\)70379-1](http://dx.doi.org/10.1016/s1134-2072(12)70379-1)
3. Argente A. *Semiología médica: Manual de procedimientos clínicos. 1ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica; 2006.*
4. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 19 de julio de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-diagnosis-and-staging-of-gastric-cancer?search=cancer%20gastrico&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=
5. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 19 de julio de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/risk-factors-for-gastric-cancer?search=cancer%20gastrico&source=search_result&selectedTitle=3%7E150&usage_type=default&display_rank=3
6. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 19 de julio de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-of-gastric-cancer?search=cancer%20gastrico&source=search_result&selectedTitle=7%7E150&usage_type=default&display_rank=7
7. Buján Murillo S, Bolaños Umaña S, Mora Membreño K, Bolaños Martínez I. Carcinoma gástrico: revisión bibliográfica. *Med Leg Costa Rica* [Internet]. 2020 [citado el 19 de julio de 2024];37(1):62–73. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152020000100062



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA



8. Eusebi LH, Telese A, Marasco G, Bazzoli F, Zagari RM. Gastric cancer prevention strategies: A global perspective. J Gastroenterol Hepatol [Internet]. 2020;35(9):1495–502. Disponible en: <https://sci-hub.se/downloads/2020-07-11/dd/eusebi2020.pdf>
9. Llanio Navarro R, Perdomo González G. Propedéutica clínica y Semiología médica. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2003.
10. Harrison: Principios de Medicina Interna, 14^ª Edición. McGraw-Hill Interamericana de España 1998.
11. *Principios de Cirugía*: S. I. Schwartz Ed., 9ª Ed. Ed. Interamericana/McGraw-Hill (1 vol.). Madrid, 2010