

“Doctor, ¿me está dando un infarto?”

Carlos Gómez González^a, Concepción Monterrubio Pérez^b

^a MIR de tercer año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Talavera Centro. Talavera de la Reina. Toledo (España)

^b Médico de Familia. Centro de Salud Puente del Arzobispo. Puente del Arzobispo. Toledo (España)

Correspondencia: Carlos Gómez González. Correo electrónico: ccgg143@gmail.com

Recibido el 27 de septiembre de 2013.

Aceptado para su publicación el 15 de octubre de 2013.

RESUMEN

Varón de 64 años que acude a un Punto de Atención Continuada de un Centro de Salud rural en el año 2006 por presentar dolor epigástrico y retroesternal, no irradiado y acompañado de clínica vegetativa. Se inicia tratamiento con omeprazol 20 mg y almagato, tras lo cual cede el dolor. El paciente presenta episodios periódicos similares. Seis años después acude a la consulta y refiere un nuevo episodio de dolor habitual que no cede con tratamiento, referido como cada vez más molesto y se acompaña de pérdida de peso. El paciente rechaza la posibilidad de ser remitido al hospital para valoración mediante gastroscopia. A la semana, acude nuevamente con clínica y, tras insistir en lo necesario de la prueba diagnóstica y la explicación de la técnica, se realizará el procedimiento. El diagnóstico final fue de carcinoma de cardias. La importancia de una buena relación médico-paciente y la resolución de dudas acerca de un procedimiento puede cambiar el curso de una enfermedad.

Palabras clave: Relaciones Médico-Paciente. Neoplasias Gástricas. Atención Primaria de Salud.

ABSTRACT

Doctor, am I having a heart attack?

A sixty-four year old male goes to a continuous care point at a rural healthcare centre in the year 2006 with signs of non radiating epigastric and retro-sternal pain, with attendant vegetative symptoms. Treatment with omeprazole 20mg and almagate is commenced, after which pain ceases. The patient presents similar periodical episodes. After six years, he returns to the centre complaining of a new episode of habitual pain which does not cease with treatment and which he describes as causing increasing discomfort with an attendant loss of weight. The patient rejects the possibility of being admitted to hospital for evaluation by gastroscopy. A week later, he returns to the clinic and, after insistence on the need for a diagnostic test and an explanation of the technique, the procedure is carried out. The final diagnosis was for carcinoma of the oesophagus. The importance of a good doctor-patient relationship and resolving doubts about a procedure can change the course of a disease.

Key words: Physician-Patient Relations. Stomach Neoplasms. Primary Health Care.

INTRODUCCIÓN

En las consultas de Atención Primaria, multitud son los pacientes que acuden con síntomas que no consideran importantes por lo común entre la población. En estas ocasiones, y ante todo en los centros de medicina rural, es donde más importancia toma la figura del Médico de Familia y el enfermero, quienes son la única referencia sobre los temas de salud.

El dolor abdominal es uno de los síntomas digestivos más frecuentes y dependiendo de su ubicación, nos guiará hacia distintas patologías. La epigastralgia es un dolor central, superior y anterior del abdomen, y puede ser indicativo no solo de patología digestiva de distinta etiología, sino también de patología cardíaca (pericárdica y miocárdica), neurológica y osteomuscular. Para su estudio, aunque en ocasiones se hace tratamiento sintomático, es

imprescindible una buena historia clínica y además la realización de analíticas, electrocardiograma, diversas pruebas de imagen y endoscopias.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Varón de 64 años sin alergias medicamentosas conocidas, hernia de hiato y adenoma de próstata, en tratamiento con Dutasterida/Tamsulosina e Hidrocloruro 0,5/0,4 mg. Acude al Punto de Atención Continuada de un centro rural en el año 2006 por presentar un dolor epigástrico y retroesternal, no irradiado y acompañado de clínica vegetativa. Para descartar un posible origen cardíaco se realizó un electrocardiograma en ese momento que no mostró ninguna anomalía compatible con patología isquémica. Se inició tratamiento con omeprazol 20 mg y almagato, tras lo cual cedió el dolor.

A lo largo de los años, el paciente va presentando episodios periódicos similares de dolor epigástrico y retroesternal que ceden con la toma de un inhibidor de la bomba de protones (IBP) y antiácido. Se le realiza una analítica que no muestra ningún hallazgo significativo y una gastroscopia, en la cual

se objetiva una gastritis crónica. Se decide en este momento pautar un IBP de forma continuada.

En mayo del año 2012 acude a la consulta y refiere que el dolor habitual que presenta ya no cede con el tratamiento, cada vez produce más molestias y ha comenzado a perder peso. El paciente rechaza la posibilidad de ser remitido para valoración mediante gastroscopia por el especialista de Aparato Digestivo; nos cuenta que en la ocasión anterior lo pasó realmente mal, que le resultó muy molesto y que no quisieron administrarle analgésicos ni sedantes para la realización de dicha técnica. A la semana acude nuevamente con una clínica similar. En esta ocasión, y debido al deterioro del paciente, se insiste en lo imprescindible de la realización de dicho procedimiento. Aprovechando que el residente de Medicina de Familia que se encontraba rotando en la consulta, había tenido una rotación en el servicio de Digestivo, le aportó una información al paciente que ayudó a su decisión final. Le explicó que las gastroscopias se realizaban con sedación y esto lo desconocía el

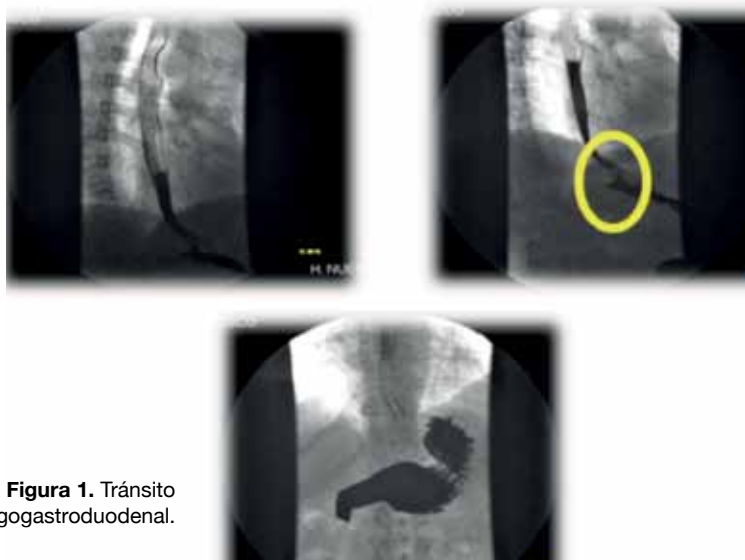
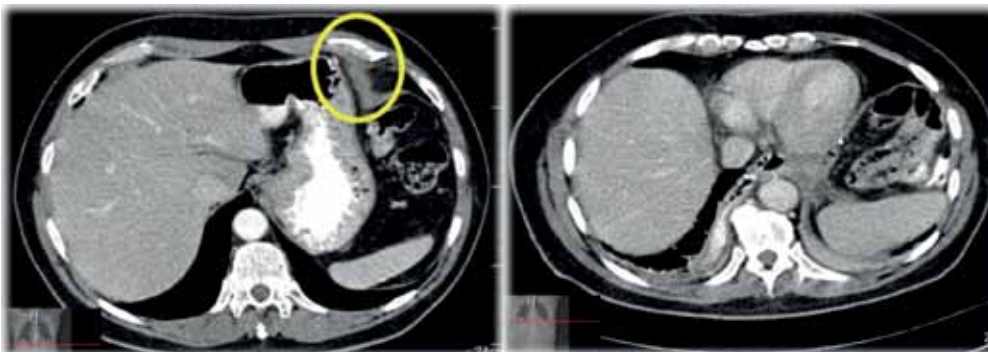


Figura 1. Tránsito esofagogastroduodenal.



Figuras 2 y 3. TC abdominal. Hallazgos compatibles con adenocarcinoma de cardias

afectado.

Tras aceptar el procedimiento, es remitido con carácter preferente para realización de una gastroscopia, desde donde se decide completar estudio con analítica, Tomografía Computerizada (TC) abdominal y tránsito gastroduodenal.

La exploración física era anodina. Las pruebas analíticas, incluyendo marcadores tumorales y serologías, fueron normales. Presentaba una leve disminución en los niveles de hierro (44 ug/dl) y un índice de saturación de la transferrina (IST) del 12,2%. La prueba de sangre oculta en heces fue negativa. La gastroscopia se informó como: “Esófago: Varices I/IV medio-distal. Cardias a nivel y competente con estenosis parcial por masa vegetativa de la que se toman biopsias. Resto exploración normal”. El tránsito esofagogastroduodenal (figura 1) y la TC abdominal (figuras 2 y 3) mostraron hallazgos compatibles con adenocarcinoma de cardias. No se evidencia enfermedad metastásica según la TC.

Tras confirmarse el diagnóstico mediante Anatomía Patológica, el paciente fue intervenido a los 15 días del diagnóstico y continuó su seguimiento en los servicios de Oncología y Cirugía General. Acudió a nuestra consulta para entregarnos los informes del proceso. Antes de finalizar la visita, agradeció la insistencia en la realización de la prueba y la información ofrecida, ya que gracias a ello se inició el proceso que le había mejorado su pronóstico y probablemente salvado la vida.

COMENTARIOS

El adenocarcinoma de cardias es un tumor infrecuente que aparece en la unión esofagogástrica. Su aparición puede asociarse a tabaquismo, reflujo gastroesofágico, *Helicobacter pylori*, etc., aunque estos se presentan de forma diferente según la distribución geográfica¹. Entre los síntomas de alerta en esta patología encontramos la epigastria, y el caso clínico expuesto muestra el proceso de estudio a seguir. El manejo del dolor epigástrico dependerá de la sospecha diagnóstica, pero el tratamiento con un IBP es de primera elección una vez descartada una patología aguda grave y potencialmente mortal si no se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz. El diagnóstico diferencial² que debemos plantearnos ante un dolor epigástrico es el siguiente:

- Origen gastrointestinal: enfermedad por reflujo gastroesofágico, esofagitis, gastritis (infecciosa, eosinofílica, autoinmune),

úlcera gástrica, tumores, pancreatitis, colecistitis, cólicos biliares, apendicitis aguda (es el inicio).

- Origen cardiológico: síndrome coronario agudo (sobre todo si nos encontramos ante un infarto inferior o ante un paciente diabético), pericarditis.
- Origen neurológico: herpes zóster.
- Origen osteomuscular: osteocondritis de últimas costillas.

Debido al amplio abanico de posibilidades diagnósticas se precisa una anamnesis y una exploración lo más detallada posible para orientarnos a la hora de solicitar pruebas complementarias.

La importancia de una buena relación médico-paciente, así como la correcta información de un procedimiento, puede cambiar el curso de una enfermedad³⁻⁵. En la consulta de Atención Primaria, el “conformismo” que puede llegar a adoptar el médico ante las negativas de algunos pacientes a realizarse procedimientos necesarios pone claramente de manifiesto la necesidad de estar en continua formación para adquirir y mejorar capacidades muy importantes en la consulta diaria como la empatía, la comunicación, etc.

BIBLIOGRAFÍA

1. Islami F, Sheikhattari P, Ren JS, Kamangar F. Gastric atrophy and risk of oesophageal cancer and gastric cardia adenocarcinoma - a systematic review and meta-analysis. *Ann Oncol.* 2011; 22 (4): 754-60.
2. Boscá Crespo AR, García Arias C. Epigastria [internet]. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual de urgencias y Emergencias/epigas.pdf>
3. Deledda G, Moretti F, Rimondini M, Zimmermann C. How patients want their doctor to communicate. A literature review on primary care patients' perspective. *Patient Educ Couns.* 2013; 90 (3): 297-306.
4. Loureiro J, Gonçalves-Pereira M, Trancas B, Caldas-de-Almeida JM, Castro-Caldas A. Empathy in the doctor-patient relationship as viewed by first-year medical students: data on validity and sensibility to change of the Jefferson Measure in Portugal. *Acta Med Port.* 2011; 24 Suppl 2: 431-42.
5. Kenny DA, Veldhuijzen W, Weijden Tv, Leblanc A, Lockyer J, Légaré F et al. Interpersonal perception in the context of doctor-patient relationships: a dyadic analysis of doctor-patient communication. *Soc Sci Med.* 2010; 70(5): 763-8.