



242/4155 - LA IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA

I. Peral Martínez^a, J. Franco Pineda^b, M. Sánchez Sánchez^a, E. Sánchez Fernández^c y L. Muñoz Olmo^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia. ^bMédico de Familia. Servicio de Urgencias Hospital Rafael Méndez. Lorca. Murcia. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribera del Muelle. Puerto Real. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 44 años, natural de Marruecos, importante barrera idiomática, con AP de espondilitis anquilosante en tratamiento con adalimumab, acude a consulta por referir sensación distérmica de 24 horas de evolución que se acompaña de dolor abdominal difuso, más localizado en hipocondrio derecho, sordo, continuo, no irradiado y no empeora con la ingesta. Refiere astenia, oligoanorexia y pérdida de peso no cuantificada en los últimos meses. Niega otra sintomatología acompañante. Ante los hallazgos en la anamnesis y exploración se decide su derivación de forma urgente al Hospital de Referencia para continuar estudio.

Exploración y pruebas complementarias: TA 93/69 mmHg. T^a 38 °C. FC: 87 lpm. Eupneico en reposo. No adenopatías palpables. ACP: normal. ABD: Blando, depresible, masa palpable en hipocondrio derecho-flanco derecho. Sin signos de irritación peritoneal. Resto normal. Analítica: destaca PCR 150,5. Hb 11,3. Hto 35%. VCM 80. Leucocitos 13.100 (FN). Actividad protrombina 71%. Hemocultivos: Staphylococcus coagulasa negativo. Posible contaminación. Ecografía abdominal: masa abdominal en flanco derecho. TC torácico-abdomino-pélvico con contraste: masa de 16 × 14 × 9 cm. de contorno lobulado bien delimitado, situada en peritoneo o subperitoneo, aparentemente no dependiente de vísceras vecinas, que sugiere origen neoplásico. Presenta una gruesa pared y un área central de captación heterogénea, con zonas más densas que otras, pero sin captación del contraste (por necrosis o hemorragia). En el área central hay pequeña cantidad de aire. En el borde medial de la masa se observa un nódulo ovoideo de 1,6 × 1 cm. (posible adenopatía mesentérica). BAG: Tumor del estroma gastrointestinal (GIST). Presencia de necrosis tumoral. Grado histológico G1 bajo grado.

Juicio clínico: Tumor del estroma gastrointestinal (GIST).

Diagnóstico diferencial: Absceso. Linfoma. Leioma. Leiomioma. Sarcoma de Kaposi.

Comentario final: Un problema frecuente al que se enfrenta el profesional sanitario en las consultas del centro de salud en cuanto a la atención al paciente inmigrante es sobre todo el lingüístico, por ello debemos adquirir habilidades necesarias para realizar una buena entrevista clínica y una exploración física más detallada y completa para evitar que se nos pasen por alto

signos clínicos que sugieran enfermedades graves.

Bibliografía

1. Miettinen M, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors--definition, clinical, histological, immunohistochemical, and molecular genetic features and differential diagnosis. *Virchows Arch.* 2001;438:1.

Palabras clave: Masa Intraabdominal. GIST.