



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 262/275 - EN LO QUE NUNCA PENSAMOS...

D. Fernández Torre<sup>a</sup>, P. López Tens<sup>b</sup>, A. Blanco García<sup>c</sup>, J. Villar Ramos<sup>d</sup>, E. Gil Camarero<sup>e</sup> y M. Guerra Hernández<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. Cantabria. <sup>b</sup>Médico Residente. Centro de Salud Cazoña. Cantabria. <sup>c</sup>Médico Residente. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. <sup>d</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Cantabria. <sup>e</sup>FEA Pediatría. Hospital Comarcal de Laredo. Cantabria. <sup>f</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. Cantabria.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 47 años sin antecedentes de interés que acude a nuestra consulta de Atención Primaria por varios días de dolor en hemiabdomen inferior, más acusado en flanco y fosa iliaca izquierda de tipo cólico y posteriormente continuo. Se acompaña de náuseas, sensación distérmica ocasional y pérdida ponderal importante que atribuye a cambios de estilo de vida saludable. Niega astenia y otra clínica.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Palidez cutánea. Normohidratado y normoperfundido. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación en flanco izquierdo con empastamiento a dicho nivel. No visceromegalias. RHA+. Defensa+. Resto normal. Ante la posibilidad de un abdomen agudo derivado a urgencias del hospital de referencia para descartar peritonitis aguda. Analítica: 13.800 leucocitos/mm<sup>3</sup> (83% S, 6% L); Hb 13,3 g/dl; VSG 10; PFH normales. Coprocultivo y parásitos en heces: flora comensal mixta. No se observan formas parasitarias. Serología hepatitis: negativo. TAC abdominal: hígado de tamaño normal con al menos tres imágenes hipodensas de naturaleza sólida (siendo la mayor de ellas de 13 mm) que no pueden caracterizarse. Pequeña-moderada cantidad de líquido libre entre asas en hemiabdomen izquierdo y pelvis. Tumorción en vacío izquierdo fistulizada al asa y al mesenterio con formación de un plastrón inflamatorio y alguna burbuja aérea extraluminal. Sugiere un tumor GIST como primera posibilidad, siendo menos probable un linfoma. Se comenta el caso con el Servicio de Cirugía General decidiéndose intervención quirúrgica de manera diferida tras completar ciclo antibiótico. Se realizó una resección yeyunal de unos 10 cm y se realizaron biopsias de una adenopatía mesentérica, implantes peritoneales y lesiones hepáticas descartando malignidad.

**Juicio clínico:** Tumor GIST yeyunal complicado con microperforación y plastrón inflamatorio. Resección yeyunal.

**Diagnóstico diferencial:** Tumores (adenocarcinoma, carcinoide, sarcoma y linfoma), metástasis, apendicitis complicada, diverticulitis, obstrucción intestinal, perforación de víscera hueca y absceso intestinal.

**Comentario final:** Los tumores primarios del intestino delgado son infrecuentes y su clínica

inespecífica por lo que puede suponer una demora diagnóstica con un peor pronóstico. Existen varios tipos siendo el Adenocarcinoma el más frecuente. El tumor GIST se relaciona con una mutación en el gen del receptor KIT. El paciente fue intervenido quirúrgicamente comenzando tratamiento con imatinib con buen resultado sin evidencia de la enfermedad al año.

## **Bibliografía**

1. Schottenfeld D, Beebe-Dimmer JL, Vigneau FD. The epidemiology and pathogenesis of neoplasia in the small intestine. *Ann Epidemiol.* 2009;19:58-69.
2. Saund MS, Demetri GD, Ashley SW. Gastrointestinal stromal tumors (GISTs). *Curr Opin Gastroenterol.* 2004;20:89-94.