



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/518 - DOLOR ABDOMINAL INESPECÍFICO

M.J. Velasco Blanco^a, T. Villa Burguer^b, S. Riofrío Cabeza^b, C. Folgoso Pérez^c y J.C. Moreno Fernández^d

^aMédico Residente de 4^o año. Centro de Salud Las Américas. Madrid. ^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud las Américas. Parla. Madrid. ^cMédico Residente de Medicina de Familia. Centro de Salud Pintores. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Las Américas. Parla. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 34 años que presenta dolor abdominal de 4 días de evolución, por el que acude en varias ocasiones al servicio de urgencias siendo diagnosticado de dolor abdominal inespecífico. En sus antecedentes describe cólicos renoureterales de repetición. Acude nuevamente a urgencias por dolor abdominal intenso, localizado en hipocondrio izquierdo y epigastrio sin otras alteraciones asociadas. En la exploración constantes normales y destacaba abdomen algo distendido y muy doloroso a la palpación de forma generalizada. Tras analgesia mejoría parcialmente pero persiste dolor intenso a la palpación, motivo por el que se decide ampliar pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 140/82 mmHg, FC: 88 lpm, T^a: 36,1° y SatO₂: 96%. A la exploración abdominal, destacaba un abdomen depresible, distendido, no masas ni megalias, muy doloroso a la palpación de forma generalizada, Blumberg dudoso, con defensa voluntaria y leve irritación peritoneal, con puño percusión bilateral negativa y matidez generalizada a la percusión. En analítica: PCR de 190 con $17 \times 10^3 \mu\text{L}$ leucocitos, $13 \times 10^3 \mu\text{L}$ neutrófilos, Hb de 12,9 g/dL con hematocrito de 36,3 (con descenso de un punto con respecto a los días previos); y en el sistemático de orina: hematíes +3 con un total de 20-50 eritrocitos por campo sin otros hallazgos. Ante persistencia de dolor se solicita TAC abdominal: lesión sólida, hiperdensa exofítica que depende de pared anterior de la cámara gástrica que podría corresponder a un tumor del estroma gástrico, con un diámetro máximo de 5 cm, como primer diagnóstico diferencial se propone tumor del estroma gástrico (GIST), en menor grado tumores de estirpe neuroendocrina o linfoma gástrico. Además líquido intraperitoneal de alta atenuación compatible con hemoperitoneo. Aumento en el número de adenopatías mesentéricas". RNM: sin lesiones ocupantes de espacio a nivel hepático. hematoma en ligamento gastrohepático con origen en masa localizada en la curvatura menor gástrica y hemoperitoneo. EDA: lesión submucosa de 5 cm de eje mayor en la unión cóporo antral, cubierta por una mucosa no infiltrada de similar aspecto. Se realizó biopsia de la masa y del antro gástrico: tumor estromal gastrointestinal con diferenciación neural de muy bajo riesgo de malignidad; microscópicamente, constituido por células epitelioides CD117+ (c- Kit), entre otros marcadores.

Juicio clínico: Tumor de GIST o tumor de estroma gastrointestinal.

Diagnóstico diferencial: Apendicitis. Patología de vía biliar. Diverticulitis. Ileítis. Pancreatitis. Infección de orina vs RAO. Hepatomegalias/esplenomegalias en contexto de enfermedad infecciosa. Gastroenteritis infecciosa con gastritis agudas secundarias. Úlcera péptica gástrica o duodenal.

Cólicos renoureterales...

Comentario final: El tumor de GIST, es un tumor del tejido conectivo del tubo digestivo que puede aparecer en cualquier punto del mismo, desde la boca hasta el ano, localizándose en la gran mayoría de los casos en estómago o región proximal del intestino delgado. Constituyen únicamente el 1% de tumores primarios del tracto gastrointestinal. La forma de presentación más frecuente de estos tumores, es la hemorragia gastrointestinal hacia la cavidad abdominal produciendo abdomen agudo y anemia o hacia el lumen del tubo digestivo produciendo hematemesis o melenas. La importancia del caso radica en no banalizar la sintomatología que cuenta el paciente, especialmente cuando se mantiene en el tiempo; ya que el dolor abdominal es uno de los motivos más frecuentes en la consulta del médico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bórquez P, Neveu R. Tumores del estroma gastrointestinal (GIST), un particular tipo de neoplasia. Rev Méd Chile. 2008;136:921-9.
2. Eizaguirre B, Burgos J. Tumores GIST. Revisión de la literatura. Revista Española de Patología. 2006;39(4):209-18.
3. Tzen CY, Wang JH, Huang YJ et al. Incidence of gastrointestinal stromal tumor: a retrospective study based on immunohistochemical and mutational analyses. Dig Dis Sci. 2007;52(3):792-7.
4. Gasparotto D, Rossi S, Bearzi I et al. Multiple primary sporadic gastrointestinal stromal tumors in the adult: an underestimated entity. Clin Cancer Res. 2008;14(18):5715-21.