



160/2371 - MAREO Y MOLESTIA ABDOMINAL. LO QUE SE ESCONDE DETRÁS DE UNA CLÍNICA APARENTEMENTE INESPECÍFICA

P. Ciardo^a, J. Guevara^b, S. Casarrubios^c, C. Almenara^d, P. Valiente^e, P. Morochó^f, J.I. Jaén^g y B. Cordero García^h

^aUrgencias. Hospital Virgen de la Salud y Centro de Salud de Buenavista. Toledo. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Buenavista. Toledo. ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Buenavista. Toledo. ^dMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Benquerencia. Toledo. ^eMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Illescas. Toledo. ^fMédico de Familia. Centro de Salud de Sillería. Toledo. ^gMédico de Familia. Centro de Salud de Buenavista. Toledo. ^hMédico de Familia. Centro de Salud de Benquerencia. Toledo.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 50 años de edad, menopáusica y sin AP de interés, acude a nuestra consulta por presentar desde hace un mes, molestia abdominal difusa y sensación inespecífica de mareo. Refiere un episodio aislado y dudoso de "heces negras". No cambio en el habito intestinal. No pérdida de peso. No otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: La paciente presenta leve palidez cutánea y una buena hidratación. Las constantes vitales están dentro de la normalidad y la auscultación cardiopulmonar no pone de manifiesto ninguna alteración. La exploración abdominal es anodina, con leve molestia a la palpación profunda en epigastrio. El tacto rectal no evidencia ningún sangrado activo ni heces de aspecto melánico. Solicitamos en un primer momento una analítica básica en la que se objetiva una Hb de 10,1 g, siendo la previa de hace un año de 13,3 g. También pedimos sangre en heces × 3 que resulta negativo. El resto de la prueba es normal. Decidimos entonces realizar una ecografía abdominal. Ya en el primer corte longitudinal en epigastrio, en posición profunda con respeto al lóbulo hepático izquierdo, se observa una imagen redondeada, de aspecto solido que mide 47 × 45 mm, con pared bien delimitada. No está vascularizada y presenta un contenido hiperecogénico en su interior con sobra acústica posterior sugestiva de calcificación. Con el fin de determinar de qué órgano depende la lesión, se realiza una ecografía hidrogástrica, quedando la lesión rodeada de líquido en cámara gástrica, lo que sugiere que se trate de una masa dependiente de su pared. El resto de la exploración es normal.

Juicio clínico: Ante una masa de teórica localización gástrica, la primera posibilidad diagnostica que nos planteamos es la de un GIST (gastrointestinal stromal tumor) porque aunque representa solo una mínima parte de los tumor gastrointestinales, su localización más frecuente es a nivel del estómago.

Diagnóstico diferencial: La imagen ecográfica de una lesión de aspecto solido, no deja lugar a duda de que se trata de una masa tumoral. Pero, debido a un espectro morfológico relativamente

amplio, el diagnóstico diferencial incluye varias neoplasias mesenquimatosas, neurales y neuroendocrinas que se presentan en el abdomen. Dentro de una larga lista, la que más frecuentemente se manifiesta a nivel gástrico asociando una clínica similar a la que presentaba la nuestra paciente es el GIST. Con el informe de la exploración ecográfica realizada, se deriva la paciente al servicio de digestivo. Se amplía el estudio con una endoscopia en la que se observa a nivel subcardial una masa hipoecogénica, homogénea con ulceración central que se biopsia confirmando la sospecha diagnóstica de GIST gástrico. La paciente es intervenida de fundectomía laparoscópica. Debido a la anatomía patológica de bajo riesgo, no precisa tratamiento adyuvante con imatinib.

Comentario final: El GIST, representa un porcentaje muy bajo de las neoplasias gastrointestinales y la forma de presentación clínica, en la mayoría de los casos, es muy inespecífica. Por lo tanto, ante un dolor abdominal de larga evolución con repercusión sistémica, hay que plantearse este tipo de diagnóstico. Además, poder realizar en la consulta una prueba complementaria rápida, sencilla y barata como la ecografía, aumenta la probabilidad de detectar lesiones poco frecuentes cuyo tratamiento precoz es vital para el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tran T, Davila JA, El-Serag HB: The epidemiology of malignant gastrointestinal stromal tumors: an analysis of 1,458 cases from 1992 to 2000. *Am J Gastroenterol.* 2005;100(1):162-8.
2. Nowain A, Bhakta H, Pais S, et al.: Gastrointestinal stromal tumors: clinical profile, pathogenesis, treatment strategies and prognosis. *J Gastroenterol Hepatol.* 2005;20(6):818-24.
3. Demetri GD: Gastrointestinal stromal tumor. In: DeVita VT Jr, Lawrence TS, Rosenberg SA: *Cancer: Principles and Practice of Oncology.* 9th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins, 2011, pp 1060-73.