

PRESENTACIÓN DE CASO

Tumor del estroma gastrointestinal del estomago **Gastrointestinal stroma tumor of the stomach**

Jaime Landell Cruz*, Clara Adys Martínez Velázquez**.

*Hospital General Docente "Dr Ernesto Guevara de la Serna". Universidad de Ciencias Médicas, Las Tunas. **Hospital General Docente "Dr Agostinho Neto". Universidad de Ciencias Médicas, Guantánamo, Cuba. **Correspondencia a:** Jaime Landell Cruz, correo electrónico: yimi@ltu.sld.cu

Recibido: 12 de mayo de 2016

Aprobado: 14 de julio de 2016

RESUMEN

El tumor del estroma gastrointestinal representa un tipo infrecuente de tumor de origen mesenquimatoso, los llamados sarcomas. Aparecen en la pared del tubo digestivo, estómago, intestino delgado, colon, esófago y ocasionalmente en epiplón, mesenterio y retroperitoneo. Se presenta el caso de un paciente masculino de 52 años de edad que ingresa con antecedente de seis meses de dolor en epigastrio. Al examen físico se constata una tumoración de aproximadamente 15 cms, en epigastrio, caracterizada por ser dura, fija, dolorosa y que no presenta reacción peritoneal. Se diagnostica cáncer de cuerpo de páncreas, se realiza laparotomía exploradora y se encuentra un tumor de aproximadamente 20 cms en la curvatura mayor gástrica, cara anterior, de crecimiento exofítico y recubierto por el epiplón dependiente del estómago en aproximadamente un centímetro. No hay adenopatías abdominales ni metástasis hepática. Se realiza gastrectomía subtotal distal con omentectomía. Se restituye el tránsito intestinal con gastroyeyunostomía en asa de braun y cierre del muñón duodenal. El paciente evolucionó satisfactoriamente y en la actualidad se encuentra asintomático.

Palabras clave: GIST; ESTÓMAGO; GASTRECTOMÍA SUBTOTAL.

Descriptores: GASTRECTOMÍA; NEOPLASIAS GÁSTRICAS.

SUMMARY

The gastrointestinal stroma tumor is an infrequent type of tumor of mesenchymal origin called sarcoma. It appears in the wall of the digestive lobe, the stomach, the small intestine, the colon, the esophagus and occasionally in the omentum, mesenteric and retroperitoneal. This study presents the case of a 52-year-old male patient who was admitted with a history of 6-month pains in the epigastrium. On physical examination a tumor of about 15 centimeters was found in the epigastrium characterized by being hard, fixed, painful, and with no peritoneal reaction. A pancreatic cancer was diagnosed. Exploratory laparotomy was performed finding a tumor of about 20 centimeters in the front side of the gastric greater curvature with an exophytic growth covered by the omentum, depending on the stomach in approximately 1 centimeter. There were no abdominal adenopathies or hepatic metastasis. A distal subtotal gastrectomy with omentectomy was performed. The intestinal way is restored with gastrojejunostomy in the loop of Braun and closing of the duodenal papillae. The patient progressed satisfactorily and is now asymptomatic.

Key words: GIST; STOMACH; SUBTOTAL GASTRECTOMY.

Descriptors: GASTRECTOMY; STOMACH NEOPLASMS.

Citar como: Landell Cruz J, Martínez Velázquez C. Tumor del estroma gastrointestinal del estómago. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2016; 41(8). Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/760>.



Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas
Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas
Ave. de la Juventud s/n. CP 75100, Las Tunas, Cuba

INTRODUCCIÓN

El tumor del estroma gastrointestinal (GIST), representa un tipo infrecuente de tumor de origen mesenquimatoso, los llamados sarcomas, descrita en 1984 por Schaldenbard y Appelman; se estima que corresponderían al 0,2 % de los tumores gastrointestinales y al 20 - 30 % de todos los sarcomas de partes blandas. Tiene una frecuencia de cuatro a diez por millón de habitantes por año, afecta igual a hombre y mujer, y se ubica entre los 55 y 65 años de edad. (1) Anteriormente eran clasificados como leiomiomas, leiomiomas, leiomioblastomas, schwannomas o neurofibromas del tracto digestivo. (2)

En el año 1985 se observó que los GIST expresan en los estudios inmunohistoquímicos, un receptor para el factor de crecimiento de la tirosina kinasa llamado CD 117 y la proteína CD 34, ambos son positivos en valores superiores al 90 %. Los GIST frecuentemente son vimentina positivo y usualmente disminuye negativa. Todos ellos son importantes en el diagnóstico diferencial de otros tumores que pueden expresar CD 117, como melanoma y plasmocitoma. Se ha sugerido que los GIST se originan de las células intersticiales de Cajal o desde las células precursoras primitivas que se diferencian hacia células intersticiales de Cajal y hacia células fenotípicamente musculares lisas. La principal función de las células intersticiales de Cajal es generar el ritmo autónomo de contracciones involucradas en la digestión y peristaltismo, de modo que son también llamadas células marcapasos del tracto gastrointestinal. (3)

Son tumores muy heterogéneos que varían en tamaño, morfología y conducta biológica, algunos se comportan como tumores benignos, pero pueden llegar a ser carcinomas muy agresivos, muchas veces metastásicos. El GIST puede producirse en cualquier punto del tracto gastrointestinal, siendo el estómago y el intestino delgado los sitios más frecuentes de localización de estos tumores (4) que aun constituye tema de discusión de la especialidad quirúrgica y la oncología; pertenece a una entidad que recién en 1998 comienza a dilucidarse, al establecer el criterio patológico de diagnóstico, c- kit más a inmunohistoquímica. La clave molecular del GIST se llama kit que es una enzima, una sustancia capaz de iniciar una reacción química en cadena necesaria para el funcionamiento normal de la célula. Desde entonces se ha logrado progresivamente mayor claridad en temas relacionados al diagnóstico, manejo y pronóstico de estos tumores, sin embargo múltiples estudios clínicos, principalmente relacionados al tratamiento con anticuerpos monoclonales, anti- tirosin- kinasa llamado IMATINIB R, estudios de seguimiento

respecto al pronóstico, se encuentran aún en curso y se esperan sus resultados para decidir qué conducta diagnóstica y terapéutica son las más beneficiosas para estos pacientes. Su expresión clínica varía desde asintomático a situaciones de urgencia como hemorragia digestiva de diferente cuantía y sangrados extraluminales y hemoperitoneos. (5)

El objetivo de este trabajo es presentar un caso de este interesante y poco frecuente grupo de patologías que, gracias a los avances en la biología molecular y marcadores, han podido recientemente ser caracterizadas, siendo de interés para cirujanos, patólogos, gastroenterólogos y oncólogos.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente MK, masculino, de 52 años de edad y de raza negra, que ingresa en el servicio de cirugía del hospital general de Malange, Angola, procedente del servicio de medicina, con el antecedente de que hace más menos seis meses viene presentando dolor en epigastrio. Al examen físico se constata una tumoración de aproximadamente 15 cms, en epigastrio, caracterizada por ser dura, fija, dolorosa y que no ofrece reacción peritoneal.

Exámenes complementarios: Hb 12,1 g x dl, Glicemia 69,1 mg x dl, Creatinina 1,0 mg x dl, plaquetas 300x10 a la 9 x l, HIV negativo, Serología no reactiva, PP negativo, Widal negativo, Coagulograma T sangramiento 2', 30", T coagulación 8', 30", Rx de tórax normal. Ecografía abdominal: en la región de epigastrio se observa una imagen compleja a predominio ecogénico que mide 84 x 80 mm e impresiona de cuerpo de páncreas, en su parte central se observa imagen ecolúcida pequeña, hígado, vesícula y riñones normales. Tomografía axial computarizada: hígado homogéneo que no rebasa el reborde costal, vesícula normal, páncreas de aspecto homogéneo con imagen heterogénea predominantemente hipodensa en la proyección del cuerpo que mide 84 x 112 x 100 mm, bazo y riñones normales.

Con el diagnóstico de cáncer de cuerpo de páncreas se realiza laparotomía exploradora y se encuentra un tumor de aproximadamente 20 cms en la curvatura mayor gástrica, cara anterior, de crecimiento exofítico, recubierto por el epiplón dependiente del estómago en aproximadamente un centímetro (**figuras 1 y 2**), no adenopatías abdominales, no metastásis hepática. Se realiza gastrectomía subtotal distal con omentectomía, se restituye el tránsito intestinal con gastroyeyunostomía en asa de braun y cierre del muñón duodenal.

FIGURA 1. Gran tumor estromal de la curvatura mayor del estómago



FIGURA 2. GIST de estómago de bajo grado de malignidad



Informe Anatomopatológico: tumor gástrico de aproximadamente 20 cms de componente muscular liso, sin elementos glandulares o epiteliales y con bajo potencial maligno CD117 positivo, ID: GIST de bajo grado de malignidad.

El paciente tuvo una evolución satisfactoria, se le dio el alta al duodécimo día y en la actualidad se encuentra asintomático.

DISCUSIÓN

Las localizaciones más frecuentes de los GIST son en todo el tubo digestivo, estómago e intestino delgado, en este caso, la localización es en el estómago, lo que coincide con lo reportado en la literatura. En el año 2002 fue creada por Fletcher una clasificación macroscópica e histológica (**tabla 1**), de acuerdo al riesgo de malignidad, y los dividió en cuatro grados en base al riesgo de aparición de metástasis. (6)

TABLA 1. Criterios de Fletcher

Riesgo mitótico	Tamaño	Índice
Muy bajo riesgo mitosis x 50 CGA	Menos de 2 cm	mayor 5
Bajo riesgo mitosis x 50 CGA	2-5 cms	mayor 5
Riesgo intermedio mitosis x 50 CGA	5 cms	6 -10
Alto riesgo mitosis x 50 CGA	Más de 5 cms	Mayor de 10

El tumor del caso que se presenta midió 20 cms, pero con un índice mitótico de cuatro mitosis, considerado de bajo potencial de comportamiento agresivo. Desde el punto de vista anatomopatológico los GIST exhiben tres patrones histológicos: fusiformes 70 %, mejor expectativa de vida; epitelial 20 % y mixtos 10 %. (7) La forma de presentación es muy variable, pudiendo aparecer como pequeños nódulos asintomáticos encontrados accidentalmente junto con tumores agresivos y cuya sintomatología es inespecífica, como dolor o molestia abdominal, masa palpable o hemorragia digestiva. (8)

La valoración inicial de un GIST es similar a la evaluación de otros tumores gastrointestinales; La TAC es esencial en la evaluación de la extensión del tumor y la presencia de metástasis, (9) y el tratamiento de elección es quirúrgico, pudiéndose realizar la resección video endoscópica cuando la lesión está entre 0,5 y 1 cm; en dependencia del tamaño puede requerir gastrectomía parcial, subtotal o total, pero no es necesaria la linfadenectomía porque son raras las adenopatías.

En aquellos casos en los que el tumor no sea resecable o sea metastásico, existe la opción de la radioterapia y el tratamiento con mesilato de imatinib, el cual en algunos casos al cabo de seis meses a un año, puede permitir la resección del tumor inicialmente irresecable. (10) En los últimos tiempos otros fármacos han venido a sumarse al tratamiento de los GIST, el nilotinib es análogo al imatinib y es de 10 a 50 veces más potente que éste. Otros agentes terapéuticos son, el everolimus y el IPI-504 1, sin embargo el glivec es un fármaco que originalmente no fue concebido para los GIST y permite controlar la enfermedad de forma inusitada. (11)

Con respecto al pronóstico, más del 50 % de los GIST de alto riesgo cursan con recurrencias o metástasis dentro de un plazo de diez años, mientras los de bajo riesgo rara vez tienen progresión de la enfermedad. Los GIST presentan frecuentemente diseminación metastásica al hígado, rara vez a los ganglios regionales y prácticamente nunca al pulmón. (12)

TABLA 2. Factores pronósticos

	Tipo histológico	Mitosis	Tipo de mutación	Género	Frecuencia
Favorable	Células fusiformes	<3	Cambio de sentido exón 11	Femenino	70-80 %
Intermedio	Células epiteliales	3-15	Dilección e inserción exón 11	-	20-30 %
Poco favorable	Patrón mixto	>15	Mutación exón 9,13	Masculino	-

El seguimiento de los pacientes con GIST se realiza por tomografía, a los tumores de bajo riesgo se les realiza tomografía cada seis meses por cinco años, a los de gran riesgo o intermedio se le realiza tomografía cada tres o cuatro meses los tres primeros años, cada seis meses hasta el quinto año y anual los otros cinco años.

La historia reciente de los GIST es una de las más asombrosas de la oncología, probablemente no existe otro caso en el que una enfermedad maligna haya sufrido tal revolución en tan escaso tiempo, en apenas dos años se ha descubierto que centenares de pacientes diagnosticados de otros tumores padecían de GIST. (13)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Bejerano-González Serna D, González Benjumea P, Rodríguez Parrilla AR, Balongo García R. Tumores del estroma gastrointestinal: Revisión de nuestra experiencia. *Rev Chil Cir [revista en internet]*. 2015, Ago [citado 15 de Julio 2016]; 67(4): 386-392. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262015000400007.
2. Martin Bourricaudy N, Martinez Alfonso M. Resección laparoscópica de tumor del estroma gástrico. *Rev Cubana Cir [revista en internet]*. 2015, Jun [citado 15 de Julio 2016]; 54(2): 157-162. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-74932015000200008&script=sci_arttext&tIng=en.
3. Beltrán S Marcelo A, Hiato Ch Yamile, Díaz J Ramón, Urbina CURIANA, Rodas N Constanza, De Balanzo Andrea, et al. Resección mixta laparoscópica y endoscópica de un tumor del estroma gastrointestinal de la unión gastroesofágica. *Rev Chil Cir [revista en internet]*. 2014, Sep [citado 15 de Julio 2016]; 66(6): 478-482. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-40262014000600013&script=sci_arttext&tIng=e.
4. Beltran S Marcelo A, Valenzuela V Catalina, Rodriguez V Francisco, Vera T Andres, Arcos G Francisca. Manejo simultaneo de una paciente con cáncer de páncreas distal, tumores del estroma gastrointestinal (GIST) Gástricos y hemangiomas hepático. *Rev Chil Cir [revista en internet]*. 2014, Sep [citado 15 de Julio 2016]; 66(6): 478-482. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-40262014000600013&script=sci_arttext&tIng=e.
5. Melo Peñalosa M, Williamson D, Vargas L. Tumor GIST grande en estomago: hallazgo incidental posterior a la laparotomía. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev Col Gastroenterol [revista en internet]*. 2014, Jul [citado 15 de Julio 2016]; 29(1): Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-99572014000100009.
6. Tapia E O, Roa San JC. Tumores del estroma gastrointestinal (GIST): Características morfo fisiológicas y perfil inmunohistoquímico. *Int J Morphol [revista en internet]*. 2011, Marzo [citado 15 de Julio 2016]; 29(1): 244-251. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95022011000100041&script=sci_arttext&tIng=e
7. Lever Rosas C, Silva Ortiz J, Camacho Alcala L, Rebollo Hurtado V, Limon Alfarez B, Cerda Reyes E, et al. Resección laparoscópica de un tumor del estroma gastrointestinal mayor de 10 cm cerca de la unión esofagogástrica. Reporte de un caso. *Revista de Sanidad Militar [revista en internet]*. 2014, Mayo [citado 15 de Julio 2016]; 68 (3): 200-204. Disponible en: Academic Search Reseach.
8. Pérez Campos E, Dolores Velázquez R, Gómez Plata E. Características clínico-patológicas del tumores del estromagastrointestinal. Serie de 16 casos. *Revista Médica del Hospital General de México [revista en internet]*. 2013, abril [citado 15 de Julio 2016]; 762(2): 65-70. Disponible en: Academic Search Reseach.
9. González Serna D, Benjumea P, del Roció Rodríguez Padilla A, García R. Tumor del estroma gastrointestinal. Revisión de nuestra experiencia. *Rev Chil Cir [revista en internet]*. 2014, Jul [citado 15 de Julio 2016]; 67(4): 386-392. Disponible en: Academic Search Premier.
10. Blanco-Sixtos E, Conde Castro B, Cacho Gonzalez A, Jaime Suarez B, Martinez-Sánchez J. Tumores del estroma gastrointestinal: evaluación por tomografía mediante los criterios de Chio. *Anales de Radiología Mexico [revista en internet]*. 2014. Jul [citado 15 de Julio 2016]; 13(3): 181-187. Available from: Academic Search Premier.
11. Pérez Tauriaux O, González Bernardo R. Tumor del estroma gastrointestinal de localización gástrica. *Medisan [revista en internet]*. 2015, febrero [citado 15 de Julio 2016]; 19(2): 256-260. Disponible en: Academic Search Premier.
12. Martínez-Berlanga P, González-Acosta J, Kumi-Osorio J, de Jesús M, Medina-León. Presencia simultánea de adenocarcinoma gástrico, linfoma de tejido linfoide asociado a la mucosa gástrica y tumor de estroma gastrointestinal: reporte de un caso. *Revista de Sanidad militar [revista en internet]*. 2011, Enero [citado 15 de Julio 2016]; 65(1):32. Disponible en: Academic Search Premier.
13. Lima M, Soriano J, Gonzalez J, Dominguez C, Iglesias N, Copo I, et al. Sarcomas del estroma gastrointestinal tratados con IMATINIB: presentación de 2 casos. *Rev Cubana de Medicina [revista en internet]*. 2006 [citado 15 de Julio 2016]; 45(2). Disponible en: Academic Search Premier.

Copyright Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento – No Comercial – Sin Obra Derivada 4.0 Internacional](#), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras, ni se realice modificación de sus contenidos.