



Tumor del estroma gastrointestinal: GISToma de yeyuno

Jazmín Millán Suárez,* Gaspar A Motta Ramírez,† Claudia Esther Rodríguez Montes,‡
Zaira N Jiménez Calixto§

Femenina de 74 años diabética e hipertensa, referida a un hospital de tercer nivel con evolución de cinco meses con dispepsia, distensión abdominal, ataque al estado general, pérdida de peso no cuantificada y masa abdominal en estudio.

A su ingreso, se reportó en los estudios de laboratorio una hemoglobina de 5 mg/dL, por lo que ameritó transfusión sanguínea. A la exploración física, se detecta masa palpable de 15 cm en el flanco y la fosa iliaca derechos, sin adenopatías inguinales. Con la sospecha de tumor de ovario, se enviaron marcadores tumorales, los cuales se reportaron negativos.

Se le realizó una tomografía computada, en la cual se demostró una masa intraabdominal dependiente del

intestino delgado, con diagnóstico probable de tumor del estroma gastrointestinal (Figura 1).

Fue programada para laparotomía exploradora, en donde se resecó una masa dependiente de la pared del yeyuno a 20 cm del ligamento de Treitz. El informe histopatológico fue concluido como tumor del estroma gastrointestinal con patrón fusocelular, con diferenciación a músculo liso (Figura 2).

TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL: GISTOMA DE YEYUNO

Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son la neoplasia mesenquimatosa intraabdominal más frecuente; se originan a partir de un tipo de células primitivas conocidas

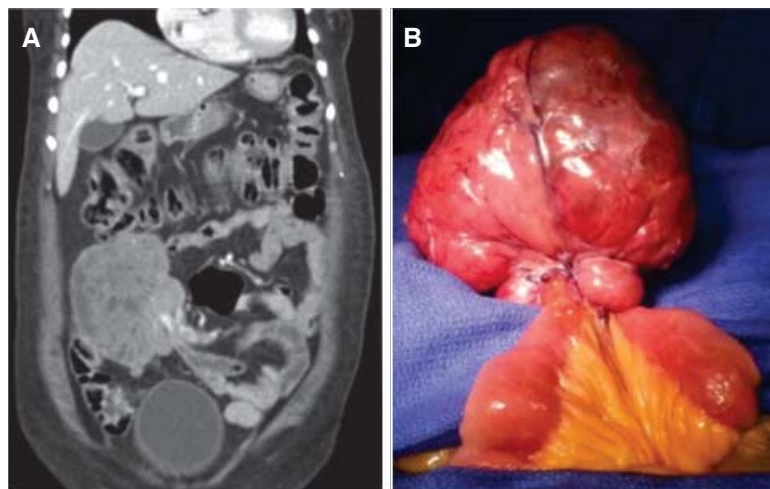


Figura 1.

A) Imagen de reconstrucción multiplanar coronal de tomografía con contraste, donde se observa lesión intraabdominal, ocupativa, heterogénea, de predominio sólido con áreas quísticas, volumen de 700 mL. **B)** Se aprecia la dependencia del tumor con el intestino delgado.

Imagen en color en:
www.medigraphic.com/actamedica

* Médica residente de tercer año del Curso de Especialización y Residencia en Radiodiagnóstico, Escuela Militar de Graduados de Sanidad.

† Médico Radiólogo, adscrito a la Subsección de Tomografía Computada del Departamento de Radiación Ionizante.

§ Médica Anatomopatóloga, adscrita al Departamento de Anatomía Patológica.

Hospital Central Militar, Secretaría de la Defensa Nacional.

Correspondencia:

Dra. Jazmín Millán Suárez

Correo electrónico: jazmin_ms87@hotmail.com

Aceptado: 13-08-2014.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

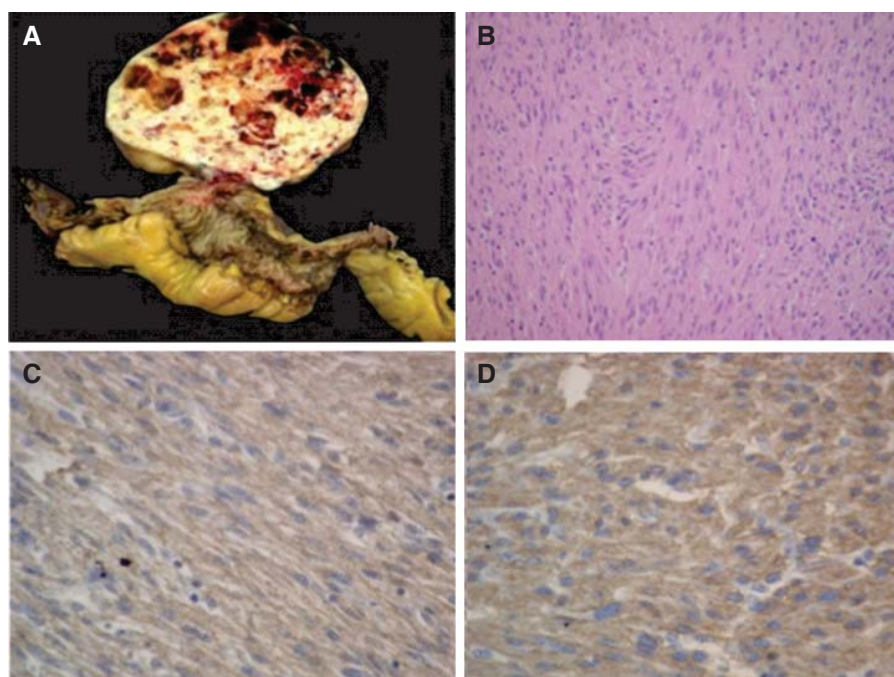


Figura 2. Imágenes histopatológicas. **A)** Fotografía macroscópica; se observa masa dependiente de la serosa del intestino delgado, al corte tiene áreas sólidas y quísticas con contenido hemorrágico, sin necrosis. **B)** Laminilla (HE, 100x), patrón fusocelular con diferenciación a músculo liso, celularidad alta y pleomorfismo leve. **C)** y **D)** Laminillas de inmunohistoquímica (200x), positividad a CD117 y DOG-1.

Imagen en color en: www.medigraphic.com/actamedica

como “células de Cajal”. Pueden surgir en cualquier sitio del tracto gastrointestinal, siendo más común su localización gástrica (53%), seguida del intestino delgado (32%).¹ Histopatológicamente, estos tumores expresan positividad por inmunohistoquímica a los marcadores KIT CD-117 y DOG-1.

Kimura y colaboradores¹ describieron sus características clínicas principales en 28 pacientes. La media de edad fue 57.4 años; más frecuente en hombres. El síntoma principal fue la hemorragia del tubo digestivo alto (66%), seguida de la diarrea (20%) y la pérdida ponderal de peso > 10% en los últimos seis meses (13%).

En una serie de 29 individuos, Sandrasegaran y su grupo² describieron las características por tomografía. La mayoría fueron tumores grandes, de entre 3 y 10 cm; el hallazgo predominante fue una masa exofítica con reforzamiento heterogéneo, con zonas de hemorragia y necrosis que no reforzaron con el contraste intravenoso; se observó ulceración de la mucosa en el 50% de los tumores gástricos. No se mostraron calcificaciones ni invasión vascular o trombosis venosa asociada en ningún caso.²

La obstrucción intestinal es rara debido a que el crecimiento tumoral no es concéntrico. Puede lesionar

los plexos mesentéricos, observándose dilatación en el lumen.²

Entre los diagnósticos diferenciales por imagen están el linfoma gástrico –que puede ser indistinguible del GIST–, los sarcomas con invasión a estómago –en donde el origen mesentérico y la frecuente obstrucción intestinal auxilian en su diferenciación–, carcinomas exofíticos –menos vascularizados– y lipomas submucosos gastrointestinales –que tendrán atenuación grasa–.³

Histológicamente, estos tumores se clasifican por su morfología celular predominante en tipo fusocelular (70-80%, de forma ahusada con núcleos elongados), tipo epiteloide (20-30%, de forma redondeada o poligonal con núcleo central) o tipo mixto.

El consenso actual de los patólogos que trabajan en el campo es que el término GIST se aplica sólo a los tumores del estroma gastrointestinal con inmunorreactividad a KIT (CD117).⁴ Sin embargo, aproximadamente el 6% de todos los GIST son negativos a CD117; es por eso que se estudió un nuevo anticuerpo llamado DOG-1 (“discovered on gist”) cuya sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de GIST es superior al KIT.⁵

REFERENCIAS

1. Kimura HE, Vázquez-Lamadrid J, Téliz-Meneses M. Tumores estromales del tubo digestivo: experiencia radiológica del Instituto Nacional de la Nutrición. *Anal Radiol Mex.* 2005; 3: 255-269.
2. Sandrasegaran K, Rajesh A, Rydberg J, Rushing D, Akisik F, Henley J. Gastrointestinal stromal tumors: clinical, radiologic, and pathologic features. *AJR Am J Roentgenol.* 2005; 184: 803-811.
3. Federle M, Jeffrey R, Desser T, Sridhar V, Eraso A, Chen J et al. Diagnostic imaging abdomen. Manitoba, Canada: Amirsys; 2004. 1: 1-3-43.
4. Levy A, Remotti H, Thompson W, Sobin L. Gastrointestinal stromal tumors: radiologic features with pathologic correlation. *Radiographics.* 2003; 23: 283-304.
5. West RB, Corless CL, Chen X, Rubin BP, Subramanian S, Montgomery K et al. The novel marker, DOG1, is expressed ubiquitously in gastrointestinal stromal tumors irrespective of KIT or PDGFRA mutation status. *Am J Pathol.* 2004; 165 (1): 107-113.

www.medigraphic.org.mx