

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE  
"DR. ANTONIO LUACES IRAOLA"  
CIEGO DE AVILA

Tumores estromales. A propósito de un caso.

Stromal tumors. Apropos of a case.

Yelec Estrada Guerra (1), José Camacho Assef (2), Daily Lebrec Pérez (3), Ailice Pulido Franco (3), Jorge A. Carvajal Ortiz (4).

**RESUMEN**

Se presenta un caso de aparición poco frecuente atendido en el Departamento de Gastroenterología del Hospital Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola" de Ciego de Ávila. Se trata de una paciente femenina, 73 años de edad, que acude a consulta con vómitos frecuentes, de contenido bilioso, sobre todo después de la ingestión de alimentos, cambios en el hábito intestinal y síndrome general marcado, y al examen físico se palpa en abdomen una masa de aspecto T en región hipogástrica, grande, no dolorosa a la palpación, móvil. Se realizaron estudios pertinentes y se arribó al diagnóstico de tumor de intestino delgado. Se realizó cirugía abdominal con exéresis del tumor, se realiza el estudio histológico y se obtiene el diagnóstico tumor del estroma intestinal fusocelular.

Palabras clave: TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL.

1. Esp. 1er Grado en Medicina General Integral. Esp. 1er Grado en Gastroenterología.
2. Esp. 1er Grado en Gastroenterología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesor Asistente.
3. Esp. 1er Grado en Medicina General Integral. Esp. 1er Grado en Gastroenterología.
4. Esp. 1er Grado en Medicina General Integral. Esp. 1er Grado en Cirugía General. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesor Asistente.

**INTRODUCCIÓN**

El Tumor Estromal Gastrointestinal (GIST) es la neoplasia mesenquimática más común del tracto digestivo; sin embargo representa menos del 3% de las neoplasias gastrointestinales y su diferenciación fue muy reciente. Los GISTs se originan de una célula precursora común, la célula intersticial de Cajal o marcapasos intestinal, o bien de una célula troncal más primitiva de la cual derivan la célula de Cajal y las células musculares lisas. Con frecuencia los pacientes son asintomáticos y pueden ser descubiertos en forma incidental. El Cuadro clínico puede ser: hemorragia digestiva ya sea melena o hematoquecia, dolor abdominal, masa palpable, baja de peso, náuseas y vómitos (1).

**PRESENTACION DEL CASO**

Paciente femenina, raza blanca, de 73 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, para lo cual no lleva tratamiento regular. Acude a consulta de Gastroenterología porque desde hace dos meses presenta vómitos que aparecen 3 o 4 horas después de haber ingerido cualquier alimento, son de contenido bilioso, no presentan restos de alimentos, ni sangre, se acompañan de astenia marcada y de pérdida de peso (aproximadamente 40 libras), además refiere la paciente que defeca poca cantidad y cada 2 o 3 días.

Al realizar el examen físico se encontró:

Abdomen: blando, depresible, se palpa de forma superficial y profunda una masa de aspecto T en región hipogástrica, grande, no dolorosa a la palpación, móvil.

Se realizaron estudios complementarios que informaron lo siguiente:

- Laboratorio: negativos.

- USD Abdominal: Hígado homogéneo, que no rebasa el reborde costal, resto de vías biliares normales. Páncreas sin alteraciones. Riñones normales, vejiga vacía. Sugiere USD ginecológico: El cual no se realiza por no poder retener la orina.
- Tránsito Intestinal: Dilataciones de asas yeyunales, con la presencia de una masa tumoral cerca del ángulo de Treitz.
- TAC simple y contrastada de abdomen: Tumor de Intestino Delgado.

La paciente es intervenida quirúrgicamente de urgencia por el riesgo de posible oclusión intestinal y se le diagnostica un Tumor de Intestino Delgado (Figura 1 y 2), el cual se estudia Histológicamente y se obtuvo como diagnóstico definitivo tumor del estroma intestinal fusocelular.

## DISCUSIÓN

Los tumores gastrointestinales fueron catalogados originalmente como otros tumores (leiomioma, leiomioblastoma, o leiomiosarcoma), debido a su apariencia histológica similar, sin embargo, los avances en la biología molecular y la inmunohistoquímica han permitido diferenciarlos de otras neoplasias digestivas y definirlos como una entidad clínica e histopatológica propia.

En el año 1983, se observó que los GISTs expresaban en los estudios microscópicos e inmunohistoquímicos un receptor para el factor de crecimiento de la tirosina kinasa, llamado CD117 en un 100% de los casos, y la proteína CD34 en el 70% de los casos, esto estableció la diferencia con los tumores mencionados. Otros posibles marcadores tumorales incluyen vimentina, actina, proteína S-100 y desmina (2-3).

Los GISTs se originan de una célula precursora común, la célula intersticial de Cajal o marcapasos intestinal, o bien de una célula troncal más primitiva de la cual derivan la célula de Cajal y las células musculares lisas. Un 70% se ubican en estómago, un 20-30% en el intestino delgado y un 7% en la región anorrectal. Además, se pueden localizar en el momento, mesenterio o retroperitoneo (4).

Aunque el 70% de estos tumores tiene curso benigno y su pronóstico es mejor que otras neoplasias del tracto gastrointestinal, se considera que todos tienen potencial maligno. Hallazgos sugerentes de malignidad son: localización extragástrica, tamaño superior a 5 cm., un alto índice mitótico en el estudio histopatológico (usualmente por arriba de 10 X 10 campos de alto poder microscópico) y la presencia de metástasis hepáticas o peritoneales. Raramente se asocia a adenopatías mesentéricas o retroperitoneales (5- 7).

Generalmente afectan a pacientes mayores de 50 años, no tiene predilección por el sexo. Con frecuencia los pacientes son asintomáticos y pueden ser descubiertos en forma incidental. El Cuadro clínico puede ser: hemorragia digestiva ya sea melena o hematoquecia, dolor abdominal, masa palpable, baja de peso, náuseas y vómitos. La ascitis es un hallazgo poco común, al igual que la obstrucción intestinal.

En un porcentaje muy variable que oscila entre 15 y 50% al momento del diagnóstico se puede encontrar enfermedad metastásica, especialmente en hígado y peritoneo, seguidos de retroperitoneo, pulmón, tejido celular subcutáneo, pleura y hueso.

Los GISTs tienen una mayor prevalencia en pacientes con Neurofibromatosis I y pueden ser múltiples, también forman parte de la tríada de Carney que se caracteriza por: Leiomiosarcoma en la antigua clasificación, paraganglioma y condromas pulmonares (8-9).

Se han descrito macroscópicamente como tumores bien delimitados, nodulares, lobulados, blandos en su consistencia y con frecuencia localizados en áreas quísticas. Al corte se observa color rosado claro o amarillo. Se demuestra un compromiso de la muscular propia de la pared intestinal, con crecimiento exofítico hacia la cavidad abdominal y abombamiento submucoso. En un 50% ocurre ulceración, que puede manifestarse como hemorragia digestiva. El tamaño varía desde pocos milímetros hasta 30 cm. Son bien delimitados con áreas internas de hemorragia, necrosis y componente quístico. Histológicamente se dividen en tumores de células fusiformes que constituyen un 60% de los casos, de células epiteloides y mixtas que corresponden al 20-30% restante (10-11).

La tomografía computada (TC) es el método de elección para su estudio radiológico y los hallazgos más frecuentes son: masa exofítica que se origina de la pared del estómago o intestino, bien

delimitada, que puede presentar hemorragia, necrosis o componente quístico, raramente asociada a obstrucción.

El tratamiento es la resección quirúrgica. Se han descrito buenos resultados con inhibidor de tirosina kinasa ST1571 (mesilato de imatinib) (12).

## ABSTRACT

A case of rare appearance is presented in the Department of Gastroenterology of the Provincial teaching Hospital "Dr. Antonio Luaces Iraola" Ciego de Ávila. It's a female patient, 73 years of age, who comes to consultation with frequent vomiting of bilious content, especially after the ingestion of food, changes in bowel habit and marked general syndrome, and a mass of T aspect in hypogastric region is palpable in abdomen to the physical examination, big, not painful to palpation, movable. Relevant studies were carried out and tumor of small intestine was the diagnosis. Abdominal surgery with exeresis of the tumor was conductive, The histological study is carried out and gets the diagnostic spindle-cell intestinal stromal tumor.

Key words: GASTROINTESTINAL STROMAL TUMOR.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oyanedel R, O'Brien A, Pizarro A, Zamora E, Menias C. Tumor Estromal Gastrointestinal (GIST): Formas de Presentación. Rev Chil Radiol. 2005; 11(1):13-18.
2. Eizaguirre Zarza B, Burgos Bretones JJ. Tumores GIST. Revisión de la literatura. Rev Esp Patol. 2006; 39(4): 209-218.
3. Saund MS, Demetri GD, Ashley SW. Gastrointestinal stromal tumors (GISTS). Curr Opin Gastroenterol. 2004; 20: 89-94.
4. Gil González A, Hernández Pérez A, González Rodríguez D, Hernández Fernández DM, Castañeda Muñoz Á. Tumor del Estroma Gastrointestinal (GIST): presentación de un caso. Rev Med Electron [Internet]. 2009 [citado 8 Dic 2011]; 31(1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202009/vol1%202009/tema17.htm>
5. Bucher P, Villiger P, Egger JF. Management of gastrointestinal stromal tumors: from diagnosis to treatment. Swiss Med Weekly. 2004; 134: 145-53.
6. Fonseca IB. Tumores estromales gastrointestinales: parámetros morfológicos e histogenéticos de valor pronostico. Córdoba: s.d.; 2009.
7. Corless CL, Fletcher JA, Heinrich MC. Biology of gastrointestinal stromal tumors. J Clin Oncol. 2004; 22: 3813-25.
8. Martín Lorenzo JG, Aguayo Albasini JL, Torralba Martínez JA. Tumores gástricos estromales. Diagnóstico, pronóstico y tratamiento quirúrgico actual. Seguimiento de 18 pacientes tratados. Cir Esp. 2006;79:22-7.
9. Abrão Issa MF, Bauer Brinati Duarte R, Alves de Alcântara GA, de Laurentys Medeiros J. Tumores estromais gastrointestinais. Rev Méd Minas Gerais. 2009; 19(4): 360-363.
10. Miettinen M, Majidi M, Lasota J. Pathology and diagnostic criteria of gastrointestinal stromal tumors (GISTS): a review. Eur J Cancer. 2002; 38, Suppl. 5: S39-S51.
11. Fletcher CDM, Berman JJ, Corless C. Diagnosis of gastrointestinal stromal tumors: A consensus approach. Hum Pathol. 2002; 33: 459-65.
12. Pérez García R, Xochipostequi Muñoz CA. Tumores del estroma gastrointestinal. Presentación de dos casos. Cir Ciruj. 2007; 75:471-475.

## ANEXOS

Figura No.1. Tumor Estromal de Intestino Delgado (GIST)



Figura No.2. Tumor Estromal de Intestino Delgado (GIST)

