



HEMORRAGIA DIGESTIVA COMO DEBUT DE UN TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST)

Berroa de la Rosa E, López Gómez JR^(*), González Redondo G, Ruiz Rebollo M^aL, Álvarez Quiñones M^a^(**), González Hernández JM

Servicio de Aparato Digestivo, Cirugía General y Aparato Digestivo^(*). Anatomía Patológica^(**). Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

RESUMEN

Dentro de los tumores malignos del intestino delgado se encuentran los sarcomas. El tumor del estroma gastrointestinal (GIST) es el más frecuente (83-86%). Generalmente presenta mutaciones en el protooncogen KIT⁽¹⁾. Muy ocasionalmente asocian mutaciones en otros genes, incluyendo a BRAF y SDHB⁽²⁾. La cirugía es la opción terapéutica de elección en el GIST primario, y tiene como objeto resección con márgenes libres de enfermedad⁽³⁾.

Presentamos el caso de un paciente ingresado por astenia y hematoquecia secundaria a un GIST, tratado quirúrgicamente con buena evolución.

Señor Director,

La hemorragia digestiva (HDA) es una situación clínica grave que podría comprometer la vida del paciente. Una de sus manifestaciones es la hematoquecia. Dentro de sus causas se encuentran las angiodisplasias, los divertículos, las ulceraciones de diversas etiologías (isquémicas, infecciosas) y las neoplasias. Dentro de estos los GISTs, son una causa infrecuente.

Presentamos el caso de un varón de 80 años de edad que acudió a urgencias por un cuadro de astenia y hematoquecia, al que tras endoscopias digestivas alta y baja normales, se realiza cápsula endoscópica donde se encuentra una masa sangrante, cuyo estudio anatómopatológico confirmó la sospecha diagnóstica de GIST.

CASO CLÍNICO

Varón de 80 años sin antecedentes de interés que acude a Urgencias por astenia y hematoquecia. En la analítica se evidenció una anemia severa (hemoglobina 7 gr/dl). Se realizaron endoscopia digestiva alta y baja

sin hallazgos por lo que se solicitó una cápsula endoscópica. En esta exploración se vio una masa en yeyuno con datos de sangrado reciente (A). El TAC abdominal mostró una masa hipervascularizada en intestino delgado, sin afectación hepática. El paciente fue intervenido quirúrgicamente. En la laparotomía se localizó la lesión, de unos 5 cm, en el borde antimesentérico de intestino delgado aproximadamente 1 metro distal al ángulo de Treitz (B, C). Se resecó la lesión y en el estudio histológico (D) se observó una proliferación celular homogénea con citoplasma eosinófilo y escasa actividad mitótica que era positiva para la tinción CD117 (c-KIT), compatible con el diagnóstico de tumor del estroma intestinal o GIST de riesgo intermedio-bajo. El paciente fue dado de alta y seguido de forma ambulatoria sin que se hayan encontrado datos de recidiva.

DISCUSIÓN

Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) derivan de las células intersticiales de Cajal y pueden surgir en cualquier lugar del tracto digestivo. Los derivados del intestino delgado son raros (20-30%) y generalmente tienen peor pronóstico⁽⁴⁾. Más del 95% de los GIST son positivos para la tinción C-kit que raramente expresan otro tipo de tumores⁽⁵⁾. El tratamiento es quirúrgico, generalmente resecciones segmentarias dado que son tumores encapsulados que ocasionalmente presentan invasión local, se diseminan principalmente de forma hematogena y casi nunca por vía linfática⁽⁶⁾. Hay que tener cuidado con no romper la pseudocápsula y asegurarnos de que los bordes quirúrgicos estén libres de lesión⁽⁵⁾. La recurrencia de estos tumores está habitualmente confinada a la cavidad abdominal por lo que la tomografía axial computarizada (TAC) es la modalidad de imagen ideal para su seguimiento⁽⁶⁾. Tal cual recomiendan las guías clínicas, en el tumor de riesgo medio se debe realizar un TAC cada 4-6 meses durante los 3 primeros años de seguimiento para pasar después a realizarlo cada 6 meses hasta cumplir los 5 años, a partir de los cuales se harán anualmente hasta los 10 años⁽⁶⁾.

En nuestro paciente en el TAC de seguimiento realizado no se evidenció progresión de su enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pellisé M, Castells A: "Tumores del intestino delgado". En Montoro MA, García Pagán JC, Gastroenterología y Hepatología, 2ªed, Jarpyo Madrid 2012; 435-42.
2. Jaramillo S, Ríos Moreno MJ, Hernández A, et al. Tumores del estroma gastrointestinal (GISTs): patrón de tinción tipo Golgi de CD 117 Y PDGFRA en el reconocimiento del estado mutacional. Revista Española Enfermedades Digestivas 2012; 104(3):128-33.



3. *Poveda A, Artigas V, Cervera J, et al. Guía de práctica clínica en los tumores estromales gastrointestinales (GIST): actualización 2010. Cirugía Española, 2011; June 89(1):11-2.*
4. *Grover S, Ashley SW, Raut CP. Small intestine gastrointestinal stromal tumors Curr Opin Gastroenterol 2012 Mar; 28(2):113-23.*
5. *Nishida T, Hirota S, Yanagisawa A, et al. Clinical practice guidelines for gastrointestinal stromal tumor (GIST) in Japan: English versión Int J Clin Oncol 2008 Oct;13(5):416-30.*
6. *Cubas RF, Ballarino EA, Nieto FA Díaz MD. Local Resection of a Gastrointestinal Stromal Tumor of the Third Portion of the Duodenum Am Surg 2012 Jan;78(1):E22-3.*