

Hospital Provincial Universitario "Arnaldo Milián Castro"

INFORME DE CASOS

Tumor estromal gastrointestinal. A propósito de un caso

Dra. Addys Hernández García¹
Dra. Madyaret Águila Carbelo²
Dra. Belkys Jiménez Milián³

RESUMEN

Los tumores estromales gastrointestinales son neoplasias mesenquimatosas comunes del estómago y el intestino delgado; son menos frecuentes en otras partes del tracto digestivo y francamente malignos dada su frecuencia de metástasis e invasión a las estructuras adyacentes. Se presenta una paciente de 65 años de edad y raza blanca que acude a consulta por dolor en epigastrio, de dos meses de evolución, trastornos digestivos, decaimiento y pérdida de peso. Se realiza ultrasonido abdominal, tomografía axial computadorizada y rayos x de estómago y duodeno. Se destaca la importancia de realizar un abordaje integral, tanto clínico e imagenológico como histológico de estos pacientes con tumor gástrico, a los cuales se le diagnostica un tumor estromal.

DeCS:

NEOPLASMAS
GASTROINTESTINALES
METASTASIS DEL NEOPLASMA
ESTOMAGO
INTESTINO DELGADO

SUMMARY

Gastrointestinal stromal tumors are common mesenchymatic neoplasias of the stomach and of the small intestine. They appear less frequent in other parts of the digestive track and are considered to be frankly malignants due to their metastasis' frequency and the invasion to adjacent structures. A white race patient of 65 years old is presented in the Doctor's Consultation with an epigastric pain of two months of evolution, digestive disorders, decay, and lose of weight. It was performed an abdominal ultrasound, an axial computed tomography and x-rays of stomach and of duodenum as well. It is worth pointing out the importance of having done an integral, clinical, imageneological and histological study in these patients with gastric tumors, to whom was diagnosed a stromal tumor.

MeSH:

GASTROINTESTINAL NEOPLASMS
NEOPLASM METASTASIS
STOMACH
INTESTINE, SMALL

INTRODUCCIÓN

Los tumores estromales gastrointestinales (TEG) son neoplasias mesenquimáticas comunes del estómago y el intestino delgado, y son menos frecuentes en otras partes del tracto digestivo. Resulta sumamente necesario poder diferenciarlos de los leiomiomas, los leiomiosarcomas, los schwannomas, etc., dado que éstos son patologías predominantemente frecuentes; la mayoría de estos tumores pueden ser caracterizados a través de la información clínica y de la microscopía de rutina. La ubicación de los TEG tiene lugar en cualquier localización del tracto gastrointestinal tubular y en algunas localizaciones extragastrointestinales, aunque es mayoritariamente gástrica (50-60%); le siguen los del intestino delgado (20-30%), del intestino grueso (10%), del esófago (5%) y, en menor frecuencia, de otras ubicaciones de la anatomía (5%).¹⁻³

Se considera que del 25-30% de los TEG son francamente malignos, de acuerdo con la presencia de metástasis y la invasión de órganos o estructuras adyacentes o ambas. El comportamiento del resto de estos tumores es bastante errático e impredecible. El riesgo es el enfoque más útil para poder evaluar su pronóstico, por lo que destacados patólogos a nivel mundial postulan que no hay que suponer que ningún TEG sea benigno, y que en estos casos la clasificación de benigno o maligno debe ser reemplazada por la de bajo riesgo o la de potencial maligno incierto.^{4,5}

Se presenta una paciente de 65 años de edad, a la que se le diagnostica un tumor gástrico al realizársele varios exámenes radiológicos y un estudio integral, con diagnóstico histológico de tumor estromal. Se destaca la importancia de realizar un abordaje integral en pacientes con tumores gástricos a pesar de la infrecuencia de este tipo de tumor, lo cual contribuye a mejorar la calidad de vida de ellos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Datos clínicos

Paciente femenina, de raza blanca, obesa, de 65 años de edad, que acude a consulta por presentar dolor en epigastrio con dos meses de evolución, trastornos dispépticos, decaimiento y pérdida de peso. En el examen físico se constata dolor cuando se palpa en epigastrio y un tinte icterico de piel y mucosas.

Se realiza inicialmente ultrasonido abdominal donde se observa una imagen hipocogénica, sólida, de 6x6 cm., de aspecto tumoral a nivel del epigastrio, de contornos regulares, con la presencia de una calcificación en su interior.

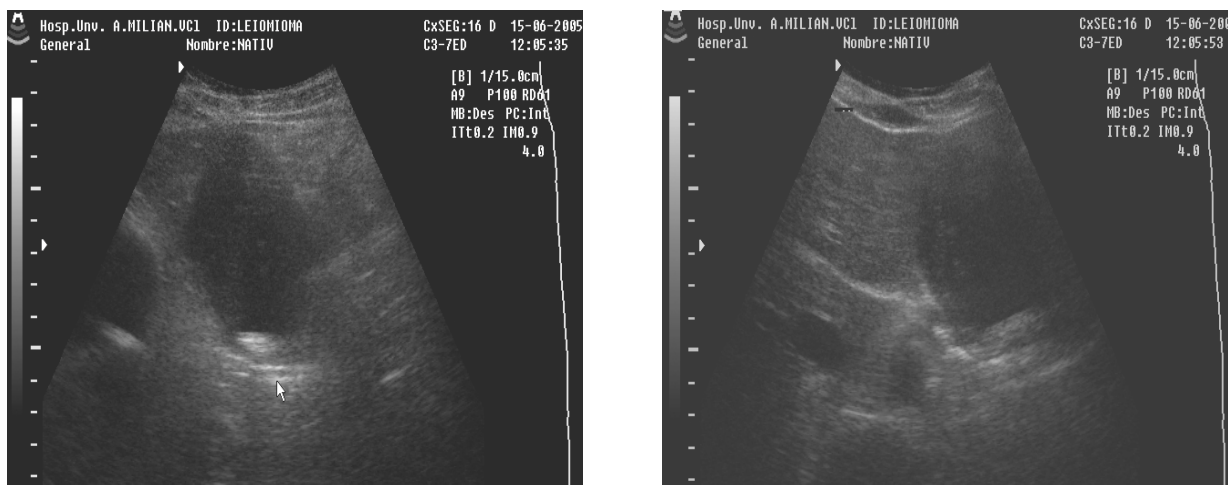


Figura 1. Ultrasonido abdominal. Imagen hipocogénica, sólida, de 6x6 cm., de aspecto tumoral a nivel de epigastrio, de contornos regulares, con la presencia de una calcificación en su interior

Se le realiza posteriormente una tomografía axial computadorizada (TAC) donde se visualiza una imagen de baja densidad tomográfica en forma de masa tumoral en línea media del epigastrio, que hace cuerpo con la cara anterior del estómago (densidad de 49 UH) con imagen de defecto de lleno que parece estar en relación con la calcificación vista en el ultrasonido. Se sugiere realizar rayos x (Rx) de estómago y duodeno para confirmar la posibilidad de tumor en la pared gástrica.

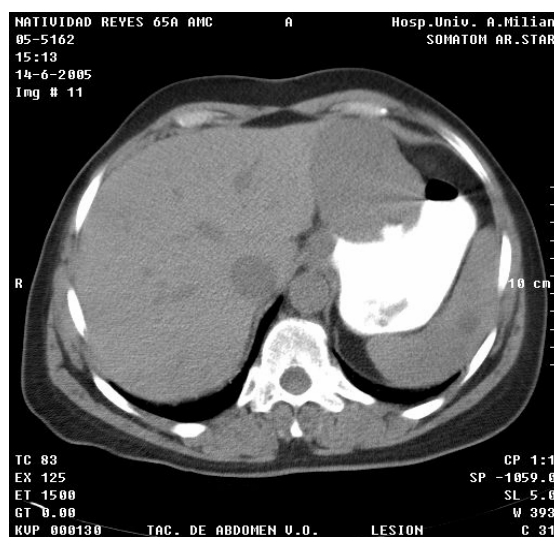


Figura 2. TAC. Imagen de baja densidad tomográfica en forma de masa tumoral, en línea media del epigastrio, que hace cuerpo con la cara anterior del estómago (densidad de 49 UH) con imagen de defecto de lleno que parece estar en relación con una calcificación

En el Rx de estómago y duodeno se observa una imagen de defecto de lleno, de contornos lisos bien definidos, como trazados a compás, a nivel del fundus y del cuerpo gástrico. Se observó una imagen en mancha suspendida en relación con un nicho ulceroso en el interior de la lesión.

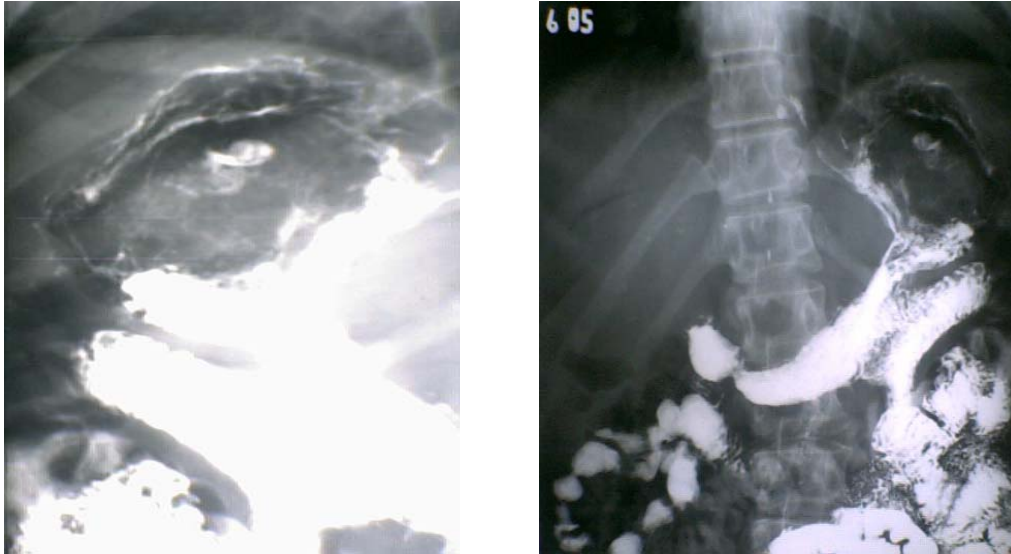


Figura 3. Rx de estómago y duodeno. Imagen de defecto de lleno, de contornos lisos bien definidos, como trazados a compás, a nivel del fundus y del cuerpo gástrico. Imagen en mancha suspendida en relación con el nicho ulceroso en el interior de la lesión

Diagnóstico histológico

Tumor estromal gástrico ulcerado con bajo grado de malignidad. Bordes libres (talla tumoral mayor de 5cm.), corte mitótico menor de 5 mitosis x 10 campos de mayor aumento.

COMENTARIO FINAL

Los tumores malignos del estroma gastrointestinal de origen mesenquimatoso progresan rápidamente⁵⁻⁷ y hasta no hace mucho existieron unas extremadas confusión y controversia acerca de la clasificación, la diferenciación y el pronóstico de éstos. Solo a finales de 1998 hubo un cambio importante en la interpretación de dichas lesiones debido, fundamentalmente, a los aportes de la inmunohistoquímica, la microscopía electrónica, la biología molecular y los estudios de la histogénesis de ellos, debido a que dichos caracteres parecían indicar que estos tumores (considerados de acuerdo con las clasificaciones existentes como leiomiomas o leiomiomas) explicarían su expresión mioide incompleta y variable diferenciación neural respecto a su origen en las células intersticiales de Cajal (CIC) o sus precursores.⁵⁻¹⁰ Esta característica permitiría

diferenciarlos de otros tumores del tracto digestivo y darles la designación de tumores estromales gastrointestinales.⁸⁻¹²

Los TEG son tumores mesenquimatosos comunes del tracto gastrointestinal; histológicamente son neoplasias de células fusiformes (70%), epiteloideas (20%) fundamentalmente en el estómago, o de tipo mixto, que deben ser diferenciados de otros tumores con histología similar como: fibromatosis (tumor desmoide), miofibroblastoma inflamatorio, leiomioma, leiomiosarcoma, neuroma, neurosarcoma, mesotelioma sarcomatoide, carcinosarcoma y angiosarcoma.¹³ Gracias a los avances inmunohistoquímicos, la incorporación del anticuerpo C-Kit (CD-117) apoya esta diferenciación y permite darles la designación de tumores estromales gastrointestinales.

En la literatura revisada se describe que la incidencia aproximada es de 10-20 por cada millón de habitantes. El hecho de que los métodos diagnósticos han avanzados generan mayor número de casos. Deben tenerse en cuenta los tumores estromales en el diagnóstico diferencial de las lesiones de defecto de lleno a nivel del tubo digestivo. La TAC y el US son medios de diagnóstico por imagen que nos ayudan a la interpretación de dichas lesiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nishida T, Hirota S. Biological and clinical review of stromal tumors in the gastrointestinal tract. *Histopathol.* 2000;15:1293-1301.
2. Letcher CDM, Berman JJ, Corless C. Diagnosis of gastrointestinal stromal tumors: a consensus approach. *Hum Pathol.* 2002;33:459-465.
3. Hatch KF, Blanchard DK, Hatch GF. Tumors of the rectum and anal canal. *World J Surg.* 2000;24:437-443.
4. Emory TS, Sobin LH, Lukes L. Prognosis of gastrointestinal smooth- muscle (stromal) tumors. Dependence on anatomic site. *Am J Surg Pathol.* 1999;23:82-87.
5. Strickland L, Leston GD, Muro-Cacho CA. Gastrointestinal stromal tumors. *Cancer Control.* 2001;8:252-261.
6. Miettinen M, Sarlomo-Rikala M, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors: recent advances in understanding of their biology. *Hum Pathol.* 1999;30:1213-1220.
7. Pidhorecky I, Cheney RT, Kraybill WG. Gastrointestinal stromal tumors: current diagnosis, biologic behavior, and management. *Ann Surg Oncol.* 2007;24:705-712.
8. Chan JKC. Mesenchymal tumors of the gastrointestinal tract: a paradise for acronyms (STUMP, TEG, GANT, and now GIPACT). Implications of the C-kit in genesis, and yet another of many emerging roles of the interstitial cell of Cajal in the pathogenesis of gastrointestinal disease. *Adv Anat Pathol.* 1996;6:19-40.
9. Miettinen M, Sarlomo-Rikala M, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors. *Ann Chir Gyn.* 1998;87:278-281.
10. Miettinen M, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors-definitions, clinical, histological, immunohistochemical, and molecular genetic features and differential diagnosis. *Virchows Arch.* 2001;438:1-12.

11. Graadt van Roggent JF, Van Velthuisen MLF, Hogendoorn PCW. The histopathological differential diagnosis of gastrointestinal stromal tumors. *J Clin Pathol.* 2001;54:96-103.
12. Crawford JM. Aparato gastrointestinal. En: Robbins Patología estructural y funcional. 6ª ed. México: Interamericana; 1980. p. 871-950.
13. Hagger R, Finlayson C, Jeffrey I. Role of the interstitial cells of Cajal in the control of gut motility. *Br J Surg.* 1997;84:445-450.

DE LOS AUTORES

1. Especialista de I y II Grados en Radiología. Profesor Auxiliar del ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en MGI. Residente de Imagenología.
3. Especialista de I y II Grados en Radiología. Instructor del ISCM-VC.