

Tumor del estroma gastrointestinal de localización gástrica

Gastrointestinal stromal tumor of gastric localization

MsC. Olivia Pérez Tauriaux y MsC. Roberto González Bernardo

Hospital "Emilio Bárcenas Pier", II Frente, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se describe el caso clínico de una mujer de 47 años, de procedencia rural, ingresada en el Hospital "Emilio Bárcenas Pier" del municipio de II Frente, de la provincia de Santiago de Cuba, quien presentaba desde hacía varios años, acidez, epigastralgia con distensión abdominal y trastornos dispépticos. Luego fue remitida al Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" para el estudio del gran tumor abdominal que presentaba, por lo cual se le realizó gastrectomía parcial y resección primaria de este. La paciente evolucionó favorablemente, sin evidencias de recurrencia tumoral y actualmente lleva tratamiento con Imatinib®, pero se mantiene bajo seguimiento en el Hospital "Hermanos Ameijeiras".

Palabras clave: mujer, tumor del estroma gastrointestinal, gastrectomía, Imatinib®, atención secundaria de salud.

ABSTRACT

The case report of a 47 year woman, of rural origin, admitted in "Emilio Bárcenas Pier" Hospital in II Frente municipality, Santiago de Cuba province, who presented for several years, acidity, epigastralgia with abdominal distension and dyspeptic dysfunctions is described. Then she was transferred to "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" Teaching General Hospital for the study of the great abdominal tumor she presented, reason why a partial gastrectomy and primary resection of it was carried out. The patient had a favorable clinical course, without evidences of tumor recurrences and at present she is under treatment with Imatinib®, but she is still followed up in "Hermanos Ameijeiras" hospital.

Key words: woman, gastrointestinal stromal tumor, gastrectomy, Imatinib®, secondary health care.

INTRODUCCIÓN

Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST, por sus siglas en inglés), son tumores mesenquimales muy raros que aparecen en cualquier lugar a lo largo del tracto intestinal. Generalmente son asintomáticos y se descubren de forma incidental, bien durante la endoscopia digestiva superior o bien porque si son de gran tamaño (más de 5 cm) causan dolor abdominal, pérdida de peso, náuseas, vómitos, hemorragias digestivas u obstrucción intestinal o ambas. Se calcula una incidencia anual de 10-20 casos por millón de habitantes, de los cuales de 20-30 % son malignos. Se considera que estos se originan de las células intersticiales de Cajal o de células troncales relacionadas.¹

Estos aparecen más comúnmente en el estómago (60-70 %) y con menor frecuencia en el intestino delgado (25 -35 %), en el colon y recto (5 %, respectivamente), así como en el esófago (menos de 2 %).^{2,3}

CASO CLÍNICO

Se describe el caso clínico de una fémina de 47 años de edad, ingresada en el Hospital "Emilio Bárcenas Pier" del municipio de II Frente por presentar dolor en epigastrio, que se irradiaba al flanco izquierdo, aumento considerable de volumen en el abdomen, anemia ligera y trastornos dispépticos de larga evolución, por lo cual fue remitida al Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba.

- Examen físico
 - Paciente delgada
 - Mucosas hipocoloreadas
 - Abdomen: globuloso y asimétrico, doloroso a la palpación superficial y profunda, con gran tumor duro, móvil, no adherido a planos profundos, que ocupaba el epigastrio e hipogastrio, así como el hipocondrio y el flanco izquierdo.
- Exámenes complementarios preoperatorios
 - Hemoglobina: 106 g/L.
 - Leucocitos. $5,7 \times 10^9$ /L.
 - Coagulograma: plaquetas: 225×10^9 /L, tiempo de sangrado: 1 minuto; tiempo de coagulación: 7 minutos, coágulo retráctil.
 - Serología: no reactiva.
 - Prueba del VIH: no reactiva.
 - Ecografía abdominal: las imágenes mostraron un tumor que se proyectaba hacia el epigastrio, el hipocondrio, así como hacia el flanco y la fosa ilíaca izquierdos, sin adenopatías periaórticas.
 - Tomografía axial computarizada (TAC) simple y contrastada de abdomen: se observó un tumor en la misma localización, sin definir relación con órganos y estructuras intrabdominales.

Durante el acto operatorio se encontró gran masa tumoral de corto pedículo (4 - 5 cm) en la región cardiofúndica del estómago, blanquecina y de aspecto fibroso, con extensas áreas de necrosis y hemorragia intratumoral. Se realizó la resección del tumor con gastrectomía parcial proximal y gastrorrafia y no se encontró afectación de otros órganos intraabdominales (figura).



Fig. Aspecto macroscópico del tumor extirpado. La flecha señala el pedículo del tumor, de crecimiento exogástrico

- Resultados de la biopsia de la pieza quirúrgica (tumor gástrico): tumor del estroma gastrointestinal, mixto, epitelial y fusocelular, de alto grado, con actividad mitótica baja, de 22 x 14 x 6 cm, áreas extensas de necrosis y hemorragia, además de fragmentos de mucosa gástrica con cambios inflamatorios crónicos, hiperplasia linfoide y presencia de tumor en la pared.

La evolución posoperatoria fue satisfactoria. Se solicitó estudio de inmunohistoquímica en el Hospital Oncológico "Conrado Benítez" de esta provincia, el cual no fue posible. Luego de varios exámenes (ecografía, tomografía abdominal con doble contraste, endoscopia y biopsia, así como radiografía y hemoquímica), el caso fue discutido por especialistas capacitados a los efectos y por cirujanos, quienes decidieron reintervenir para realizar la gastrectomía total.

En el acto operatorio se encontró ascitis ligera, implante tumoral en el fondo de saco de Douglas, subdiafragmático bilateral, subhepático, metástasis puntiformes tactables en los subsegmentos 6 y 7 del hígado, polo inferior del bazo, en mesocolon transversal y epliplón gastrohepático (no informadas en el estudio por TAC ni en la ecografía abdominal previa a la reintervención), engrosamiento de la pared gástrica del fundus y curvatura mayor.

Tras evaluar la extensión de la enfermedad, se decidió no realizar la gastrectomía total y se tomó muestra para biopsia de 5 sitios, cuyos resultados informaron: pieza tumoral en la cavidad abdominal, constituida por varias formaciones que en su conjunto medían 7,7 cm, con una proliferación celular de aspecto mesenquimal, que alternaba con áreas epiteloides y fusiformes, además de necrosis, actividad mitótica moderada, aproximadamente 7 por cada 10 campos de mayor aumento y contexto histológico compatible con tumor del estroma gastrointestinal de alto grado.

La paciente fue remitida para el centro de referencia de GIST en el Hospital "Hermanos Ameijeiras" para ser tratada con Imatinib®, según establece el protocolo de tratamiento, así como para su posterior seguimiento. En esta institución se le realizaron bimensualmente estudios seriados de inmunohistoquímica, que confirmaron el diagnóstico de GIST, así como tomografía, ecografía y hemoquímica.

Hasta septiembre de 2014 la paciente llevaba 10 meses de tratamiento con Imatinib® (400 mg diarios) y presentaba buena calidad de vida, con una ganancia de 8 kg de peso, con dolores ligeros y punzantes en miembros inferiores, así como edema de estos, lo cual mejoraba con el reposo; asimismo refería ausencia de epigastralgia y trastornos dispépticos.

COMENTARIOS

Tradicionalmente, el tamaño del tumor y el rango mitótico han sido los criterios más comunes usados para señalar el potencial maligno. Al respecto se señala que los tumores con menos de 2 cm de diámetro y con un conteo mitótico menor de 5 por 50 campos de gran aumento, son clasificados como de muy bajo riesgo; mientras que los de más de 5 cm de diámetro y el mismo conteo mitótico, como de alto riesgo. De hecho, los que se encuentran entre estas 2 clases son los de riesgo intermedio. En ese sentido, los de más de 10 cm y con cualquier conteo mitótico, así como los tumores de cualquier tamaño con un conteo mitótico mayor de 10 por 50 campos de gran aumento, también son de alto riesgo. El sitio donde se encuentra el tumor también parece ser importante, pues los gástricos tienden a ser menos agresivos que los intestinales.⁴

La TAC contrastada (y ocasionalmente la resonancia magnética) es la modalidad de imágenes de elección para caracterizar una masa abdominal y evaluar la extensión y presencia o ausencia de metástasis. Típicamente, mediante la TAC, los GIST se aprecian como masas sólidas exofíticas, con realce hiperdenso, lo cual puede dificultar la identificación del sitio de origen cuando su dimensión es muy grande. A pesar del gran tamaño que en ocasiones pueden alcanzar, es raro que exista evidencia clínica de obstrucción gastrointestinal provocada por GIST.⁵

La tomografía por emisión de positrones ha demostrado ser altamente sensible para detectar muy tempranamente la respuesta antitumoral al Imatinib®; sin embargo, su alto costo y limitada disponibilidad hace que TAC constituya hoy día el estudio imagenológico de elección para estos menesteres, así como para detectar recurrencias.⁶

Los signos de recurrencia en la evaluación por TAC incluyen varios aspectos, a saber:

1. Nueva lesión en el sitio de resección quirúrgica
2. Nueva metástasis
3. Incremento del tamaño de las lesiones preexistentes
4. Desarrollo de un nódulo intratumoral e incremento de tejido sólido en una lesión hipodensa o ambos.

El Imatinib® no debe ser interrumpido o debe hacerse en el menor tiempo posible, debido al riesgo de recrecimiento tumoral en esta situación clínica.⁷ De acuerdo con los resultados obtenidos en los 2 primeros casos tratados en Cuba, su uso es muy alentador en los pacientes con GIST.¹

Se enfatiza que su empleo debe ser extensivo a todas las personas con criterios clínicos y anatomopatológicos de GIST de alto grado, teniendo en cuenta que la respuesta al tratamiento ha sido duradera y que los pacientes toleran muy bien el fármaco, a dosis clínicamente efectivas. Esta generalmente se obtiene entre el cuarto y el duodécimo mes.⁸

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lima M, Soriano J, González J, Domínguez C, Iglesias N, Copo J, Rodríguez Allende M. Sarcomas del estroma gastrointestinal tratados con Imatinib®: presentación de 2 casos. Rev Cubana Med. 2006 [citado 12 Ago 2014];45(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232006000200009&nrm=iso#cargo
2. Montero León JF, Silveira Pablos JM, Figueroa AJ, Fuente Peláez A. Tumor del estroma gastrointestinal. Rev Cubana Cir. 2012 [citado 12 Ago 2014];51(81). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932012000100012
3. Suster S. Gastrointestinal stromal tumors with prominent signet-ring cell features. Mod Pathol. 1996;9(6):609-13.
4. Miettinen M, Virolainen M, Maarit Sarlomo R. Gastrointestinal stromal tumors: value of CD34 antigen in their identification and separation from true leiomyomas and schwannomas. Am J Surg Pathol. 1995;19(2):207-16.
5. Demetri GD, Benjamín R, Blanke Ch, Blay JY, Casali P, Choi H, *et al.* NCCN Task Force Report: optimal management of patients with gastrointestinal stromal tumor (GIST)- Update of the NCCN Clinical Practice Guidelines. JNCCN. 2007 [citado 12 Ago 2014];5(Suppl 2). Disponible en: <http://www.nccn.org/JNCCN/PDF/GIST2007.pdf>

6. Antoch G, Kanja J, Bauer S. Comparison of PET, CT and dual modality PET/CT imaging for monitoring of imatinib (STI571) therapy in patients with gastrointestinal stromal tumors. *J Nucl Med.* 2004;45:357-65.
7. Blay JY, Bonvalot S, Casali P, Choi H, Debiec Richter M, Dei Tos AP, *et al.* Consensus meeting for the management of gastrointestinal stromal tumors. *Ann Oncol.* 2005;16(4):566-78.
8. D'Amato G, Steinert DM, McAuliffe JC, Trent JC. Update on the biology and therapy of gastrointestinal stromal tumors. *Cancer Control.* 2005;12(1):44-56.

Recibido: 9 de septiembre de 2014.

Aprobado: 6 de octubre de 2014.

MSc. Olivia Pérez Tauriaux. Hospital Docente "Emilio Bárcenas Pier", calle Antonio Maceo, e/ Rigoberto Marañillo y Wilfredo Mejías, II frente, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: olivia.perez@medired.scu.sld.cu