Mexican Journal of Oncology
Gaceta Mexicana de Oncología

Check for updates

CASO CLÍNICO

Manejo quirúrgico de urgencia de tumor GIST dependiente de yeyuno. Reporte de caso

Jorge L. Rivera-Gastelum y Jesús A. Duarte-Armenta*

Servicio de Cirugía General, Hospital General Regional No.1, IMSS, Ciudad Obregón, Son., México

Resumen

Los tumores de estroma gastrointestinales (GIST) son neoplasias con alto grado de malignidad, de localización frecuente en estómago. Su incidencia es relativamente rara, sin embargo son los tumores más comunes del tracto gastrointestinal. La presentación clínica es como masa dolorosa con síntomas inespecíficos como sangrado gastrointestinal y su tratamiento es la resección quirúrgica con márgenes negativos. Presentamos el caso de un paciente con tumor GIST de manifestación infrecuente en yeyuno quien requirió resección de la lesión además de estoma de protección.

Palabras clave: *Tumor de estroma gastrointestinal. Yeyuno. Reporte de caso. Cirugía.*

Emergency surgical management of GIST tumor dependent of jejunum. Case report

Abstract

Gastrointestinal stromal tumors (GIST) are neoplasms with a high degree of malignancy frequently located in the stomach. Their incidence is relatively rare, however, they are the most common tumors of the gastrointestinal tract. The clinical presentation is as a painful mass with nonspecific symptoms such as gastrointestinal bleeding and its treatment is surgical resection with negative borders. We present the case of a patient with a GIST tumor of rare manifestation in the jejunum, who required resection of the tumor in addition to a protective stoma.

Keywords: *Gastrointestinal stromal tumors. Jejunum. Case report. Surgery.*

***Correspondencia:**
Jorge L. Rivera-Gastelum
E-mail: jorgel_r.g10@outlook.com

Fecha de recepción: 22-11-2023
Fecha de aceptación: 16-01-2024
DOI: 10.24875/j.gamo.24000100
Disponible en internet: 19-06-2024
Gac Mex Oncol. 2024;23(Supl):107-110
www.gamo-smeo.com

2565-005X/© 2024 Sociedad Mexicana de Oncología. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Antecedentes

Los tumores GIST se definen como un grupo de sarcomas de tejidos blandos originados en las células intersticiales de Cajal de la pared del intestino, las cuales son responsables de la motilidad intestinal, caracterizadas por expresar el receptor tirosina cinasa CD117 o KIT mediante marcador inmunohistoquímico[1]. Son neoplasias raras del tracto gastrointestinal asociadas además con altas tasas de transformación maligna y la mayoría de su presentación clínica es asintomática[2]. Tienen una incidencia mundial estimada de 7-15 casos por millón de personas por año, que varía de acuerdo con la zona geográfica[3]. Comúnmente se diagnostica entre los 50 y los 70 años, afectando a ambos sexos por igual[3,4]. Su diagnóstico es de manera fortuita y la piedra angular de su tratamiento es la extirpación quirúrgica.

Presentamos el reporte de caso de dicha patología y una breve revisión de la literatura.

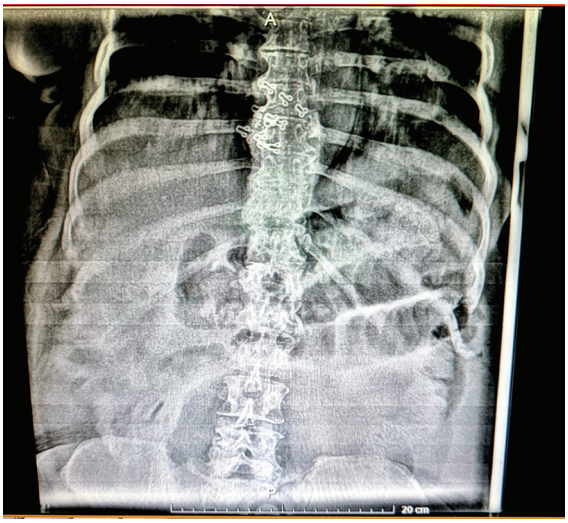


Figura 1. Radiografía de abdomen de la paciente antes de la intervención quirúrgica.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino de 53 años de edad que acude a Hospital General Regional de zona No.1 en ciudad Obregón, Sonora, referida de unidad de medicina familiar por síndrome doloroso abdominal, con los siguientes antecedentes de importancia: diabetes *mellitus*, hipertensión arterial sistémica y evento cerebrovascular sin aparentes complicaciones motoras posteriores; sin alergias e histerectomía abdominal total como evento quirúrgico, sin antecedentes heredofamiliares o psicosociales de relevancia.

Inicia su padecimiento actual el día 14 de junio de 2023 por la mañana con dolor abdominal en epigastrio y mesogastrio de elevada intensidad, acompañado de vómitos e intolerancia a la vía oral durante tres días, sin evacuaciones durante este tiempo. Se inicia manejo con procinéticos y antieméticos, sin mejoría. Acude al departamento de urgencias, donde se recibe con tendencia a la hipotensión y deterioro neurológico, además de acidosis metabólica con hiperglucemia, inestable desde su ingreso; presenta parada cardiaca, siendo necesarias maniobras de reanimación con inicio de vasopresores, dando retorno de los signos vitales con manejo avanzado de vía aérea.

Presentó los siguientes signos vitales y exploración física: tensión arterial 59/34 mmHg, frecuencia cardiaca 97 por minuto, frecuencia ventilatoria 20 por minuto, temperatura de 38 ºC, piel y tegumentos pálidos, tórax sin alteraciones, precordio con tendencia a la taquicardia, normotensa, abdomen globoso a expensas de masa palpable en hipogastrio, abdomen con rigidez a la palpación, timpanismo y ausencia de peristalsis, además de presentar los siguientes laboratorios: hemoglobina 4.7 g/dl, hematocrito 18.2%, plaquetas 531 mil, leucocitos 24.7 mil, neutrófilos 92.8% (totales 22.920), glucosa 135 mg/dl, nitrógeno ureico 34 mg/dl, urea 72.8 mg/dl, creatina 1.8 mg/dl, sodio 135 mmol/l, potasio 4.3 mmol/l, Cl 102 mmol/l, calcio 8.6 mg/dl, fósforo 4 mg/dl, magnesio 1.5 mg/dl, lactato deshidrogenasa 261 UI/l, tiempo de protrombina 17.6 s, ratio internacional normalizado 1.52, fibrinógeno 672 mg/dl, tiempo parcial de tromboplastina 28 s. Se realiza radiografía de abdomen, donde se visualiza imagen sugestiva de vólvulo intestinal (Fig. 1). Se decide realizar laparotomía exploratoria de urgencia por presentar clínica sugestiva de vólvulo, presentando los siguientes hallazgos transquirúrgicos: tumor dependiente de intestino delgado a 160 cm de ligamento de Treitz, dimensiones de 15 x 15 cm aproximadamente, con pared gruesa, vascularizada con parches necróticos y perforada, con infiltración a pared superior de vejiga, el cual presenta abundante líquido turbio, aproximadamente 4 litros, purulento y fétido, con adherencias laxas Zulkhe I-II, tumor-epiplón y a pared intestinal (Fig. 2).

Al resecar el tumor se solicitó estudio transoperatorio, el cual reporta resultado indeterminado, descartando en este momento el diagnóstico diferencial de vólvulo intestinal. Durante el procedimiento se realiza resección de la lesión a 160 cm del ligamento de Treitz, dejando el

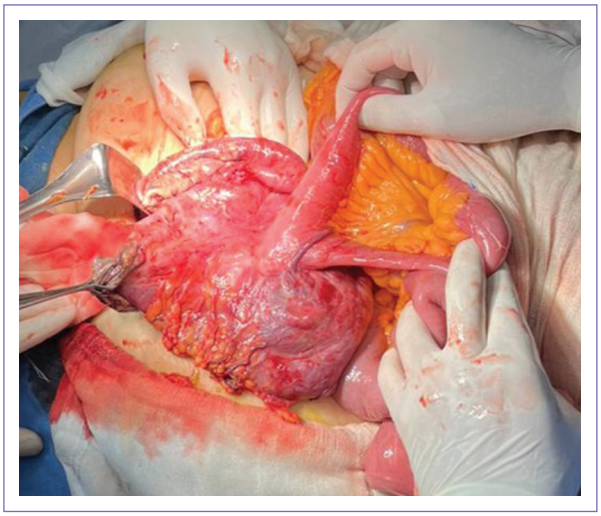


Figura 2. Tumoración dependiente de intestino delgado (yeyuno), con visualización de vaso nutricio, sin drenar su interior.

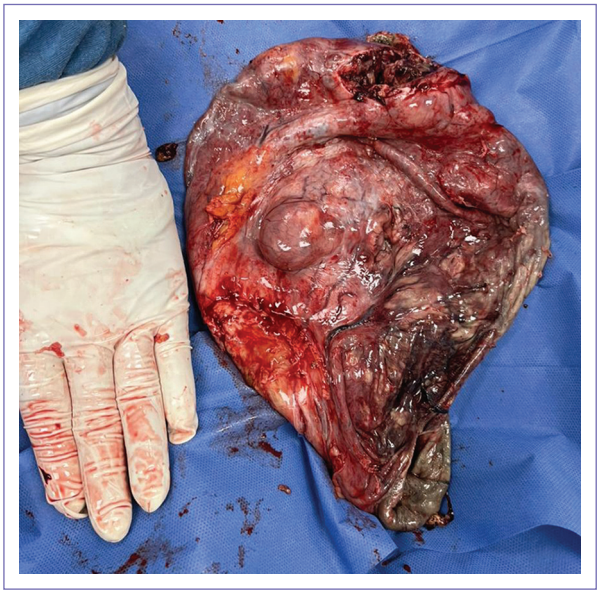


Figura 3. Comparación de tumor resecado con mano del cirujano, drenado el interior, en momento de comparación.

cabo proximal a la distancia mencionada realizando estoma terminal con técnica de Brooke (Fig. 3).

Se ingresa a terapia intermedia del servicio de cirugía de la unidad para cuidados críticos posquirúrgicos y vigilancia estrecha, desarrollando en la primera hora cambios de coloración en estoma compatibles con isquemia, además de inestabilidad hemodinámica, renal y respiratoria, con apoyo de aminas-vasoactivas, manteniendo tendencia a la gravedad y presentando parada cardiaca a las cinco horas posteriores sin responder a maniobras de reanimación avanzadas, falleciendo ese mismo día.

El reporte histopatológico de la lesión fue el siguiente: lesión moderadamente celular compuesta de células fusiformes con atipia leve y actividad mitótica baja. Células con escaso citoplasma eosinófilo, núcleos ovoides monótonos con membrana nuclear regular, ocasionalmente células con mayor atipia y núcleos hipercromáticos. Infiltrado inflamatorio mononuclear moderado. Degeneración quística abscedada dependiente de yeyuno de 24 x 19 cm.

Con el siguiente resultado en inmunohistoquímica: DOG1 positivo en células neoplásicas, CD117 positivo en células neoplásicas, CD34 negativo, AML positivo focal en células neoplásicas, S100 negativo, Ki67 positivo en células neoplásicas (5%).

Discusión

El diagnóstico de GIST en todos los casos deberá ser con inmunohistoquímica, solicitando los marcadores anteriormente mencionados en el caso clínico para poder estadificar y clasificar el riesgo y determinar con esto la agresividad del tumor tomando en cuenta el tamaño y el rango mitótico basándose en la clasificación de Fletcher et al., Miettinen y Lasota[5], la más aceptada actualmente, que se describe a continuación:

- Muy bajo riesgo. Tamaño tumoral menor a 2 cm. Cuenta mitótica menor de 5/50 por campo de gran aumento (CGA).
- Bajo riesgo. Tamaño tumoral de entre 2-5 cm. Cuenta mitótica menor de 5/50 CGA.
- Riesgo intermedio. Tamaño tumoral mayor a 5 cm y cuenta mitótica de 6-10/50 CGA, o tamaño tumoral mayor a 10 cm y cualquier rango mitótico, o cualquier tamaño tumoral menor de 5/50 por CGA.
- Alto riesgo. Tamaño tumoral mayor a 5 cm y cuenta mayor de 5/50 por CGA, o tamaño tumoral mayor a 10 y cualquier rango mitótico, o cualquier tamaño tumoral y rango mitótico mayor a 10/50 por CGA.

La evidencia de dichos tumores en cuanto a la presentación clínica suele ser con un síndrome clínico inespecífico o cuadros asintomáticos, sin embargo dependiendo de la localización y tamaño presentará la clínica.

Los GIST según la bibliografía se presentan en estómago (50-60%), seguido de intestino delgado (20-30%). Otras localizaciones infrecuentes incluyen esófago, duodeno, recto, además de localizaciones extradigestivas como mesenterio, omento, retroperitoneo o pelvis[3,6], causando síntomas vagos como perdida de peso,

anemia, sangrado gastrointestinal y dolor abdominal, no evidenciando un signo físico específico que denote la presencia de un GIST[7].

La piedra angular del tratamiento es la cirugía, realizando resección completa de la lesión con adecuados márgenes denominándose R0, ya sea con abordaje laparoscópico o abierto, como mencionan Pissen et al. en su publicación, donde comparan el abordaje abierto vs. abordaje laparoscópico y se concluye que para los GIST gástricos de entre 5-8 cm, se benefician de manejo y resección laparoscópica, reduciendo el trauma muscular, manipulación intestinal, la respuesta inflamatoria sistémica además del dolor postoperatorio, no reportando diferencia en tumores de mayor tamaño en cuanto a la morbimortalidad[8]. Sin embargo no se cuenta con estudios al día de hoy que comparen dichos abordajes en GIST de distintas localizaciones.

En pacientes con resección incompleta, metástasis, ruptura de la pseudocápsula del tumor intraoperatoria, o que se evidencie riesgo elevado de recurrencia, su manejo posterior no se encuentra del todo claro; sin embargo se debería considerar el uso de imatinib (inhibidor de la tirosina cinasa) como terapia neoadyuvante y posteriormente reevaluar la exéresis quirúrgica de seis a nueve meses[3,4,6].

Conclusión

Los GIST por su rareza, incidencia y su poca difusión en el ámbito médico-quirúrgico, son un estigma en cuanto al mejor manejo y protocolo de estudio para su resolución. La complejidad de este caso fue debido a que presentó únicamente dolor abdominal y posteriormente desarrolló hipotensión junto con deterioro neurológico y respiratorio, aumentando el estado crítico y gravedad del caso. Por lo reportado en los paraclínicos, se sospechaba de perforación intestinal secundaria a vólvulo, siendo esta la urgencia y motivo de ingreso a quirófano, por lo que la primera sospecha diagnóstica en ese momento no fue un GIST.

Aunque el manejo médico-quirúrgico fue adecuado con la llegada de la paciente al nosocomio, su estado crítico no favoreció para su evolución posterior.

Los GIST siguen siendo un reto diagnóstico al día de hoy debido a su evolución insidiosa, por lo que se tiene que tomar en cuenta dentro del abanico de posibilidades, aun cuando su incidencia es baja, prestando atención cuando se cuenta con clínica inespecífica gastrointestinal como sangrado de tubo digestivo, masa abdominal y pérdida de peso, sin olvidar la presentación de urgencia, como en el caso de nuestra paciente o incluso con casos de perforación intestinal u oclusión.

Agradecimientos

Al departamento de enseñanza y dirección del Hospital General Regional No. 1 Cd. Obregón, Sonora.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca especifica de agencias de los sectores públicos, comercial o con ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Uso de inteligencia artificial para generar textos. Los autores declaran que no han utilizado ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

Bibliografía

1. Azcoitia MF. Tumores del estroma gastrointestinal, definición, generalidades y epidemiología. Cir Gen. 2008;30:5-10.
2. Villafuerte-Quimíz WL, Ostaiza-Véliz IV, Williams-Vargas LN, Palomeque-Salazar X. Tumores del estroma gastrointestinal: Revisión y manejo multidisciplinario. JAH. 2021;4(1):26-35.
3. Gheorghe G, Bacalbasa N, Ceobanu G, Ilie M, Enache V, Constantinescu G, et al. Gastrointestinal stromal tumors-A mini review. J Pers Med. 2021;11(8):694.
4. Moreno-Galeana S, Regalado Aquino A, Rivera-Martinez J. Tumores del estroma gastrointestinal en un Hospital de México. Rev Cubana Cir. 2021;60(4) e1127.
5. Fletcher CDM, Berman JJ, Corless C, Gorstein F, Lasota J, Longley BJ, et al. Diagnosis of gastrointestinal stromal tumors: A consensus approach. Hum Pathol. 2002;33(5):459-65.
6. Fernández-Hernández JA, Cantín-Blázquez S, García-Somacarrera E, Varo-Pérez E, González-López JA, Asencio-Pascual JM, et al. Avances en tumores del estroma gastrointestinal: ¿hacia dónde vamos? Cir Cir. 2022;90(2):267-77.
7. Moreno-Paquentín E, Caba-Molina D, Sánchez-García J, Arrangoiz-Majul R, Cordera-González de Cosío F, Luque de León E, et al. Reporte de caso clínico de un tumor del estroma gastrointestinal (GIST) gigante y revisión bibliográfica. Cir Gen. 2018;40(2):127-32.
8. Piessen G, Lefèvre JH, Cabau M, Duhamel A, Behal H, Perniceni T, et al. Laparoscopic versus open surgery for gastric gastrointestinal stromal tumors: What is the impact on postoperative outcome and oncologic results? Ann Surg. 2015;262(5):831-9.