

GIST gástrico que invade el cuerpo del páncreas
Gastric GIST invading the body of the pancreas

Royland Bejerano-Durán ¹ , Guillermo Marino Rosa-Gómez ¹ 

¹Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Ciencias Médicas 10 de octubre. La Habana, Cuba.

Recibido: 22/08/2023
Aceptado: 04/05/2024
Publicado: 21/05/2024

Palabras clave: Cirugía general; Neoplasia; Tumor del estroma gastrointestinal.

Keywords: General surgery; Neoplasia; Gastrointestinal stromal tumor.

Citar como: Bejerano-Durán R, Rosa-Gómez GM. GIST gástrico que invade el cuerpo del páncreas. UNIMED [Internet]. 2024. [citado fecha de acceso]; 6(2). Disponible en: <https://revunimed.sld.cu/index.php/revestud/article/view/302>

RESUMEN

Los tumores estromales o mesenquimatosos del tubo digestivo representan un grupo relativamente infrecuente de lesiones malignas que se originan a expensas de componentes del tejido conectivo a lo largo del tracto gastrointestinal. Dichos tumores crean metástasis con frecuencia a hígado, y peritoneo, siendo rara su infiltración a órganos intraabdominales, por lo que se plantea como objetivo de describir un caso clínico en el cual el tumor invade el cuerpo del páncreas. Se trata de un paciente masculino de 69 años de edad, el cual ingresa por sensación de pesantez y plenitud gástrica, se le realizan estudios complementarios y es diagnosticado con un tumor del estroma gastrointestinal de la curvatura mayor del abdomen que invade el cuerpo del páncreas. Dichos tumores constituyen un reto diagnóstico para los cirujanos, debido a su forma de presentación inespecífica y su rápido avance.

ABSTRACT

Stromal or mesenchymal tumors of the gastrointestinal tract represent a relatively uncommon group of malignant lesions that originate at the expense of connective tissue components along the gastrointestinal tract. These tumors frequently create metastases to the liver and peritoneum, and their infiltration to intra-abdominal organs is rare, so the objective is to describe a clinical case in which the tumor invades the body of the pancreas. This is a 69-year-old male patient, who was admitted due to a feeling of heaviness and gastric fullness, complementary studies were performed and he was diagnosed with a tumor of the gastrointestinal stroma of the greater curvature of the abdomen that invades the body of the pancreas. These tumors are a diagnostic challenge for surgeons due to their non-specific presentation and rapid progression.

INTRODUCCIÓN

Los tumores estromales o mesenquimatosos del tubo digestivo, denominados en la literatura anglosajona como GIST (*Gastro Intestinal Stromal Tumor*), representan un grupo relativamente infrecuente de lesiones malignas que se originan a expensas de componentes del tejido conectivo a lo largo del tracto gastrointestinal, derivando de la pared extramucosa del mismo.^{1,2,3} Son una patología cuya incidencia ha aumentado en los últimos 15 años dado su creciente hallazgo incidental en endoscopias digestivas y en el estudio de síndromes anémicos.⁴

Se estima una incidencia global de 10 a 20 casos por millón de habitantes, con una mediana de edad de presentación entre los 55 a 70 años.^{3,6,8} Representan 80 % de estas últimas y son parte de un grupo de neoplasias no epiteliales de la tercera y cuarta capa (submucosa y muscular propia), pueden ser mesenquimales como un tumor estromal de diversos orígenes, por ejemplo, los GIST, leiomioma, lipoma, tumor de la vaina de los nervios (schwannomas) o también pueden ser linfomas. Las tasas anuales de incidencia reportadas en todo el mundo son inferiores a 10-20 por millón, sin diferencias en género o raza.^{5,6} Estos tumores expresan la proteína KIT (c-kit), reaccionan positivamente a la tinción inmunohistoquímica con CD117 y son portadores de una mutación en un gen que codifica el receptor tipo III de tirosino-kinasa 1.⁶

La resección quirúrgica del tumor es el principal tratamiento y resulta por si sola curativa en la enfermedad localizada, reseccable y primaria. La extirpación de tumor debe ser macroscópica y microscópica y pueden ser necesarios la gastrectomía total, el procedimiento de Whipple o la resección abdominoperineal.^{7,9}

Dichos tumores se localizan en el tracto gastrointestinal, creando metástasis a distancia en hígado y peritoneo, siendo rara su infiltración a otros órganos abdominales, existiendo la posibilidad de tener que cambiar la técnica quirúrgica durante la intervención ya que el tumor ha infiltrado otros órganos sin hacer metástasis, por lo cual se decide realizar un reporte de un paciente con dicho tumor, con el **objetivo** de describir un caso de un GIST gástrico el cual invade el cuerpo del páncreas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 69 años de edad, de color de piel blanca, jubilado, obeso, con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial desde hace 30 años, en tratamiento con Amlodipino ½ tableta cada 12 horas e hidroclorotiazida (tableta 25 mg) 1tableta diaria. Es ingresado a la sala de oncología por cuadro clínico de aproximadamente un año de evolución con sensación de plenitud prematura y distensión abdominal, asociado a náuseas y vómitos, donde se le realiza tomografía de tórax y abdomen, en la misma se aprecia masa a nivel de la curvatura mayor del estómago de contornos polilobulados que contrasta con el cuerpo y cola del páncreas la cual mide con calcificaciones y área de necrosis. Refiere ingerir bebidas alcohólicas 1 botella diaria y que no tiene operaciones anteriores ni lo han transfundido. Como antecedentes patológicos familiares cuenta con hipertensión arterial.

Al examen físico se constata abdomen globuloso, el cual se observa distendido, a la palpación se encuentra blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, con masa palpable en epigastrio e hipocondrio izquierdo. Ruidos hidroaéreos presentes. No reacción peritoneal.

Se indican complementarios al ingreso del paciente humorales presentes en la tabla 1 a continuación, ultrasonido abdominal, tomografía axial computarizada abdominal simple.

Tabla 1. Complementarios humorales

Complementario:	Resultado:
Hemoglobina	12 g/dL
Leucograma	5,1 x 10 ⁹ /L
Conteo de plaquetas	340 x 10 ⁹ /L
Tiempo de sangrado	1min
Tiempo de coagulación	8min
Glicemia	5,3 mg/dL
Eritrosedimentación	120 mm/h
Grupo sanguíneo	O+

Fuente: Historia clínica.

Se aprecia ligera anemia por disminución de la hemoglobina y una eritrosedimentación acelerada.

Ultrasonido abdominal: gran cantidad de líquido subhepático, moderada cantidad a nivel de

hipogastrio, se visualiza gran masa tumoral ocupando hipogastrio y mesogastrio, esta masa heterogénea de contornos irregulares con múltiples áreas hipocogénicas hacia su espesor pudiendo estar consigo midiendo 20x11 mm una zona de necrosis mayor de 11.8 x 4.5 mm esta lesión provoca compresión y desplazamiento de las estructuras a ese nivel vinculando el páncreas rechazado.

Tomografía axial computarizada abdominal simple: por no disponibilidad de contraste, bordeando el fondo gástrico ocupando el espacio sin poder independizar páncreas, se observa una masa tumoral grande que predomina en su parte más central que líquida, tabiques y paredes sólidas las cuales presentan calcificaciones puntiformes infiltrando la fascia prerrenal, logrando delimitar la cola pancreática, la masa tumoral abomba la pared abdominal anterior, hipocondrio y flanco izquierdo donde se visualiza engrosado el peritoneo parietal. Esta masa tumoral mide 17x 12 cm en corte axial y 20 cm en corte coronal causando significativamente compresión extrínseca del estómago y del colon descendente próximo a la flexura esplenocólica. Se observa ascitis de ligera a moderada cuantía, interesa en hipogastrio y fondo de saco posterior. (Figura 1)

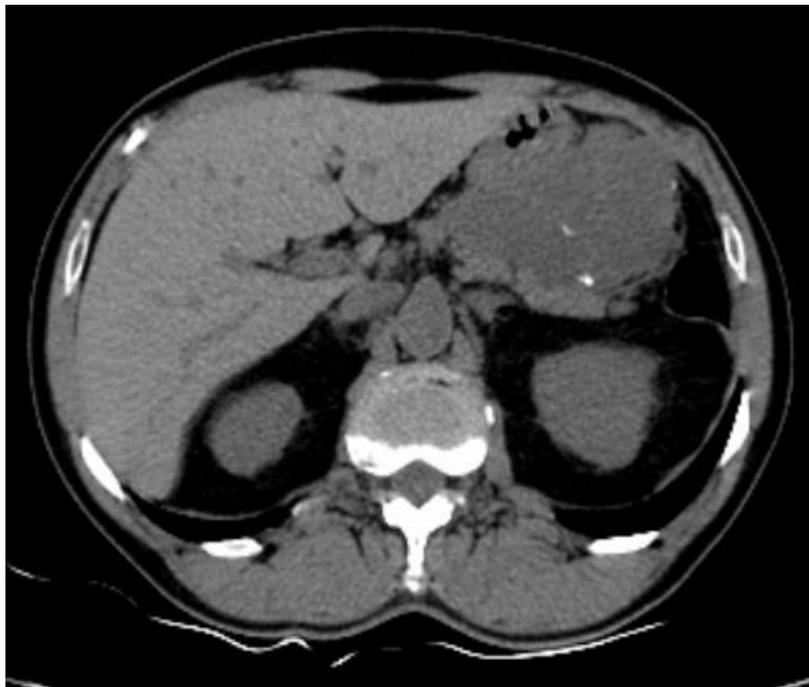


Figura 1. TAC abdominal donde se aprecia el tumor infiltrando cuerpo y cola del páncreas.

La impresión diagnóstica fue un tumor del estroma gastrointestinal (GIST) de la curvatura mayor del estómago, para lo cual se decide realizar gastrectomía subtotal.

Durante la intervención quirúrgica se realiza Incisión transversa supraumbilical, abordándose y

explorándose la transcavidad de los epiplones (figura 2), encontrando que no existe metástasis en el peritoneo, ni en el hígado. Se halla tumor de tamaño considerable en la cara posterior de cuerpo del estómago infiltrando cuerpo de páncreas y mesocolon transverso. Se decide realizar gastrectomía atípica porque solo es resecada la zona afectada del estómago. Se pensaba realizar gastrectomía subtotal porque se había visualizado que la lesión era independiente del estómago y durante la exploración quirúrgica provenía del cuerpo y cola del páncreas, pared gástrica posterior y el bazo; por lo tanto, se decide realizar también Esplenopancreatectomía coprocaudal, extirpando el tumor en su totalidad (figura 3).

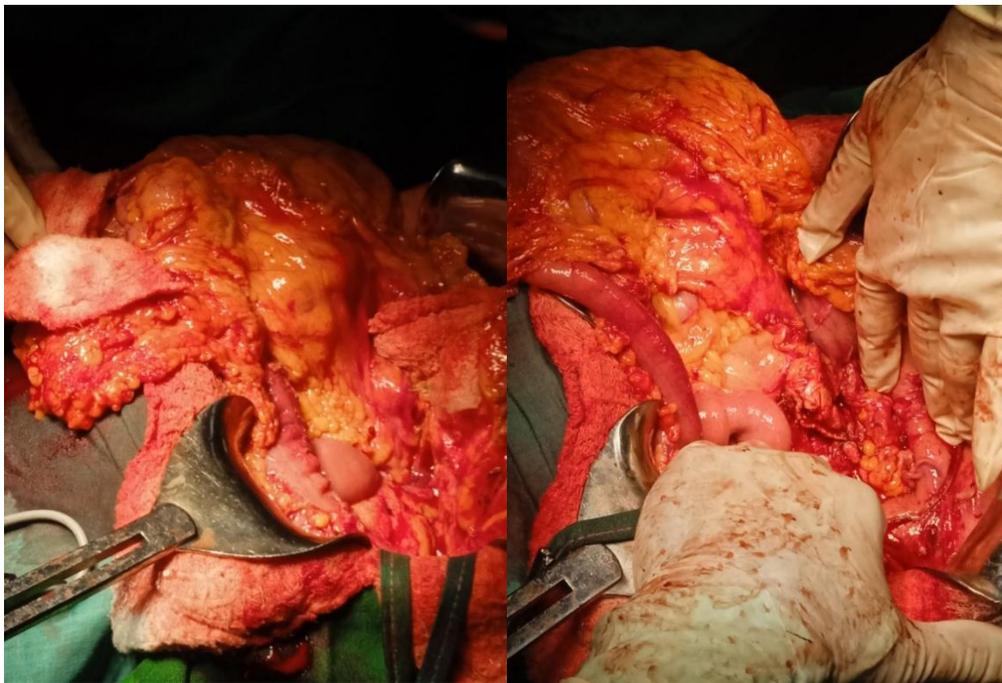


Fig- 2. Intervención quirúrgica. Observación de la transcavidad de los epiplones

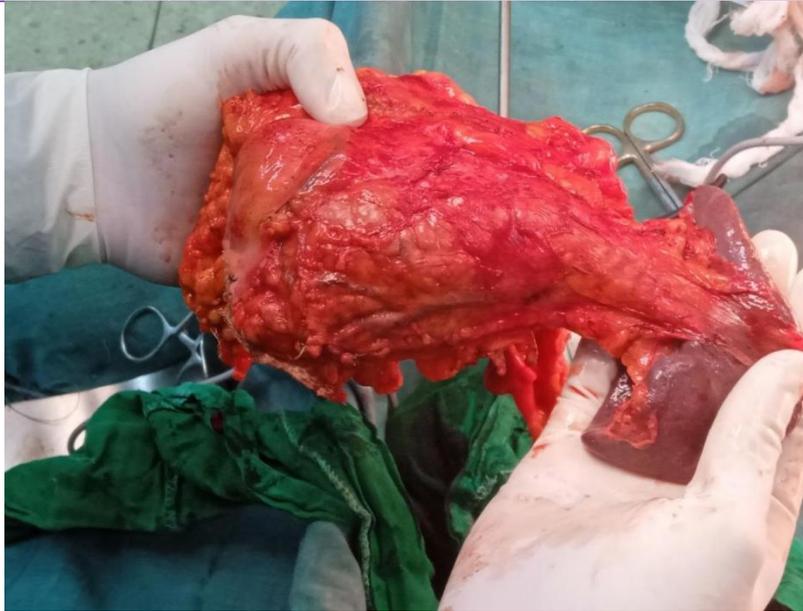


Figura 3. Pieza quirúrgica estripada durante la cirugía.

Es enviado el espécimen quirúrgico a anatomía patológica arrojando los siguientes resultados: tumor fusocelular pleomórfico con áreas de degeneración mixoide consistentes con sarcoma o tumor del estroma gastrointestinal.

El paciente culmina su postoperatorio en buen estado general y evolucionando sin complicaciones, siendo dado de alta a la semana de operado. Continúa su vida normal y visitando la consulta para mantener seguimiento.

DISCUSIÓN

Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son un grupo raro de neoplasias, cuyo diagnóstico, idealmente, debería ser preoperatorio, (dichos tumores no son mucosos, por lo cual hace complicado el uso de la endoscopia, a excepción de tumores ulcerados o punciones por aspiración con aguja fina)¹⁰, por dicha razón se decide no realizar endoscopia en el caso; muchas veces son descubiertos en cirugías de urgencias o por complicaciones como perforaciones y sangrados gastrointestinales o en forma incidental en cirugías abdominales por otra causa o neoplasias abdominales o en autopsias.^{10,11} Es importante el diagnóstico preoperatorio, ya que este se asocia a mejor pronóstico.¹¹

Los tumores del estroma gastrointestinal se derivan de las células intersticiales de Cajal que se encuentran en la capa muscular propia, entre los miocitos y fibras nerviosas, desde el esófago hasta el ano.⁸ Mientras crecen estos tumores comprometen la serosa del órgano y luego estructuras vecinas, no presentan una cápsula verdadera y generalmente desplazan, pero no invaden estructuras vecinas. Este elemento puede evidenciarse en nuestro caso de estudio, ya que el tumor invade parte del cuerpo del páncreas y parte del mesocolon transversal, lo cual lo hace inusual. Generalmente los GIST al igual que el resto de los sarcomas no frecuentan a diseminarse por vía linfática, solo lo hacen en un 10 - 15 % de los casos. No presentan crecimiento submucoso.^{5,12}

El tratamiento ideal de los GIST es el abordaje quirúrgico, con resección tumoral completa y obtención de márgenes amplios; por tal motivo se decidió realizar en el caso presentado resección atípica del estómago, extirpar cuerpo y cola del páncreas, bazo y parte del mesocolon transversal, tras la invasión del tumor a esas estructuras. Muchos de estos tumores solían ser de difícil diagnóstico preoperatorio, muchas veces se llegaba a este luego del fallecimiento del paciente. La introducción del ultrasonido, la Tomografía Axial Computarizada y la endoscopia digestiva han facilitado su detección; aunque el diagnóstico definitivo y con valor pronóstico lo constituye el estudio inmunohistoquímico CD117 (95% de positividad).^{13,14}

La edad media de diagnóstico es de 50 a 60 años. Las personas que han recibido radioterapia en el abdomen para el tratamiento de otros tumores pueden desarrollar tumores del estroma gastrointestinal más adelante. Estos tumores suelen crecer lentamente, pero algunos pueden hacerlo con mayor rapidez y extenderse a otras partes del organismo, como en el caso presentado, el cual no se diseminó por metástasis, sino que invadió el cuerpo del páncreas.^{15,16}

Existe una consulta multidisciplinaria para el tratamiento de estos tumores en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología de la Habana, Cuba. Dicha consulta está constituida por varios especialistas, los cuales se encargan de valorar los casos y determinar un tratamiento oportuno y eficaz para mejorar la calidad de vida de estos pacientes e incluso proporcionar una cura. Este grupo multidisciplinario está compuesto por oncólogos, cirujanos, gastroenterólogos, hematólogos, imagenólogos, laboratoristas y patólogos, quienes trabajan arduamente por la salud de los pacientes.

CONCLUSIONES

Los tumores del tracto gastrointestinal son un reto diagnóstico para el cirujano general, debido a su forma de presentación inespecífica, se presentan con distensión abdominal, sensación de saciedad, en ocasiones dolor abdominal, con presencia de náuseas, vómitos, sin reacción peritoneal y se encuentra una masa palpable como en el caso presentado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El paciente fue comunicado sobre la realización de la investigación y se encontró de acuerdo con la realización de la misma.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA:

Conceptualización: Royland Bejerano-Durán, Guillermo Marino Rosa-Gómez.

Curación de datos: Royland Bejerano-Durán, Guillermo Marino Rosa-Gómez.

Análisis formal: Royland Bejerano-Durán, Guillermo Marino Rosa-Gómez.

Investigación: Royland Bejerano-Durán, Guillermo Marino Rosa-Gómez.

Metodología: Royland Bejerano-Durán, Guillermo Marino Rosa-Gómez.

Supervisión: Royland Bejerano-Durán, Guillermo Marino Rosa-Gómez.

Validación: Royland Bejerano-Durán, Guillermo Marino Rosa-Gómez.

Visualización: Royland Bejerano-Durán, Guillermo Marino Rosa-Gómez.

Redacción - borrador original: Royland Bejerano-Durán, Guillermo Marino Rosa-Gómez.

Redacción -revisión y edición: Royland Bejerano-Durán, Guillermo Marino Rosa-Gómez.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Soler-Vaillant R, Mederos-Curbelo ON. Cirugía. Afecciones quirúrgicas del tubo digestivo y de la región sacrococcígea [Internet]. Tomo IV. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2018 [citado 2024 may 2]. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/cirugia-a-tomo-iv-afecciones-del-tubo-digestivo-y-de-la-region-sacroccigea/>
2. Yera Abreus L, Portal Benítez N, Gutiérrez Roja A. Capítulo 132. Tumores estromales del estómago [Internet]. En: Soler Vaillant R, Mederos-Curbelo ON. Cirugía. Afecciones quirúrgicas del tubo digestivo y de la región sacro coccígea. Tomo IV. La Habana. Editorial de Ciencias Médicas; 2018 [citado 2024 May 2]. p.165-75. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/cirugia_tubo_digestivo_tomo4/cirugia_afec_tubo_digest_paginalegal.pdf
3. Baeza Zapata A, Scharrer Cabello S, Herrera Figueroa C, García de León O, Rodríguez Hinojosa E, Jáquez Quintana JO. Tumor duodenal del estroma gastrointestinal: una causa poco frecuente de hemorragia digestiva. Endoscopia [Internet]. 2020 [citado 2024 may 2];32(2): [aprox. 2p.] Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2444-64832020000200069&script=sci_arttext
4. Quirós Martín H, Crosbie Gonzalo G, Andreani H, Rossi A, Orda C, Cattaneo M. GIST gástrico complicado. Una forma de presentación inusual. Rev Argent Cir [Internet]. 2022 [citado 2024 may 2];114(2): [aprox. 3p.]. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S2250-639X2022000200167&script=sci_arttext
5. Vargas Ávila AL, Reyes García VG, Torres Silva C, Silva González S, Vargas Flores J, Lombardini Tolentino P. GIST en segunda porción de duodeno, abordaje quirúrgico, reporte de caso y revisión de literatura. Cirujano General [Internet]. 2019 [citado 2024 may 2];41(3): [aprox. 10p.] Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-00992019000300191&script=sci_arttext
6. Ahmed M. Recent advances in the management of gastrointestinal stromal tumor. World journal of clinical cases [Internet]. 2020 [citado 2024 may 2]

- ;8(15): [aprox. 13p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7441252/pdf/WJCC-8-3142.pdf>
7. Sanchez Hidalgo JM, Duran Martínez M, Molero Payan R, Rufian Peña S, Arjona Sanchez A, Casado Adam A, et al. Gastrointestinal stromal tumors: A multidisciplinary challenge. World journal of gastroenterology. [Internet]. 2018 [citado 2024 may 2] ;24(18): [aprox. 23p.].Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5949708/pdf/WJG-24-1925.pdf>
8. Moreno Galeana S, Regalado Aquino A, Rivera Martínez J. Tumores del estroma gastrointestinal en un Hospital de México. Revista Cubana de Cirugía [Internet]. 2021 [citado 2024 may 2] ;60(4): [aprox. 3p.] Disponible en: <https://revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/1127>
9. Waidhauser J, Bornemann A, Trepel M, Märkl B. Frequency, localization, and types of gastrointestinal stromal tumor-associated neoplasia. World journal of gastroenterology Cirugía [Internet]. 2019 [citado 2024 may 2] ;25(30): [aprox. 14p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6700699/pdf/WJG-25-4261.pdf>
10. Akahoshi K, Oya M, Koga T, Shiratsuchi Y. Current clinical management of gastrointestinal stromal tumor. W J of Gastroenterol [Internet]. 2018 [citado 2024 May 2] ;14: [aprox. 11p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6048423/pdf/WJG-24-2806.pdf>
11. Pinilla Lizarraga R, Claros Beltrán N, Mayte Arze G. Neoplasia Fusocelular - Tumor de Gist: Presentación de un caso. Cuad. - Hosp. Clín [Internet]. 2020 dic [citado 2024 May 2]; 61(2): [aprox. 6p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762020000200007&lng=es
12. González González JL. Tumor de estroma gastrointestinal gigante de estómago. Rev cubana Cir [Internet]. 2020 [citado 2024 May 2];59(1): [aprox. 3p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

[74932020000100010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182021000200013&lng=es)

[6195.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7102917/pdf/ott-13-2433.pdf)

13. Turruelles Ramírez A, Sánchez Borges EC, Ricardo Martínez D. Tumor de estroma gastrointestinal: a propósito de un caso y revisión de la literatura. *Multimed* [Internet]. 2021 [citado 2024 May 2];25(2): [aprox. 5p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182021000200013&lng=es
14. Soriano Lorenzo J, Lima Pérez M, Soriano García J, Zaldívar Blanco K, Fleites Calvo V. Tumores del estroma gastrointestinal. *An Fac med* [Internet]. 2019 [citado 2024 mayo 02]; 80(2): [aprox. 7 p.]. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102555832019000200015&lng=es
15. Qian XH, Yan YC, Gao BQ, Wang WL. Prevalence, diagnosis, and treatment of primary hepatic gastrointestinal stromal tumors. *World journal of gastroenterology* [Internet]. 2020 [citado 2024 May 2];26(40): [aprox. 11p.]. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7596635/pdf/WJG-26-6195.pdf>
16. Liu P, Tan F, Liu H, Li B, Lei T, Zhao X, et al. The Use of Molecular Subtypes for Precision Therapy of Recurrent and Metastatic Gastrointestinal Stromal Tumor. *OncoTargets and therapy* [Internet]. 2020 [citado 2024 May 2];13: [aprox. 14p.]. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7102917/pdf/ott-13-2433.pdf>