

# Hemorragia digestiva aguda como debut de un tumor del estroma gastrointestinal duodenal

*Acute gastrointestinal bleeding as debut of a duodenal gastrointestinal stromal tumor*

M. Martínez Gabarrón<sup>1</sup>, J.J. Castellanos Monedero<sup>1</sup>, O. Roncero García-Escribano<sup>2</sup>,  
M.A. Galindo Andúgar<sup>1</sup>, A. Matín Castillo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. <sup>2</sup>Servicio de Gastroenterología. Hospital la Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad-Real

## Resumen

Los tumores del estroma gastrointestinal (GISTs) son lesiones que se ubican como primera localización en estómago (60%), seguido de yeyuno e ileon (30%), en duodeno menor del 5% y colorrectales en un 4%. Otras localizaciones como esófago o apéndice son más raras. Presentamos un caso de GIST en la tercera porción duodenal en una mujer de 68 años que consulta por un episodio de hemorragia digestiva alta autolimitada, realizándose estudio inicial con gastroscopia, ecografía y TAC abdominal. Se realiza una enteroscopia en la que se objetiva una masa retroperitoneal de 8 por 5 cm dependiente de tercera porción duodenal. Posteriormente se realiza punción con tru-cut para estudio anatomopatológico con diagnóstico de neoplasia mesenquimal fusocelular compatible con tumor del estroma gastrointestinal.

**Palabras clave:** Tumores del estroma gastrointestinal; duodeno; hemorragia digestiva.

## Abstract

Gastrointestinal stromal tumors are lesions that are located as the first location in the stomach (60%) followed by jejunum and ileum (30%), duodenum in less than 5% and 4% colorectal. Other sites such as esophagus or appendix are rare. We report a case of GIST in the third portion duodenal in a 68 year old woman who consulted for an episode of self-limited upper gastrointestinal bleeding, performing initial study with gastroscopy, abdominal ultrasound and CT. Enteroscopy is performed in which a mass objective retroperitoneal 8 by 5 cm in size duodenal third portion. Ised puncture subsequently tru-cut for pathology diagnosed with mesenchymal spindle cell neoplasm consistent with gastrointestinal stromal tumor.

**Key words:** Gastrointestinal stromal tumors; duodenum; gastrointestinal bleeding.

## Introducción

Los GISTs representan solamente del 1 al 3% de todos los tumores gastrointestinales<sup>1,2</sup>, siendo su localización duodenal bastante inusual (4-5%). Estos tumores no suelen tener infiltración microscópica extensa y es infrecuente la metástasis en ganglios linfáticos, por lo tanto, cuando la técnica es factible su excisión local con adecuados márgenes de resección es el tratamiento de elección<sup>1,2</sup> no estando estandarizada la cirugía en los casos de afectación duodenal. Presentamos el caso de un GIST duodenal que debutó con hemorragia digestiva en forma de melenas y anemia.

## Caso clínico

Presentamos el caso clínico de una mujer de 68 años sin antecedentes personales de interés que es remitida al servicio de Gastroenterología por un episodio de melenas autolimitadas y hemoglobina de 10 mg/dl, decidiéndose ingreso hospitalario para estudio.

La paciente presenta melenas de tres días de evolución sin fiebre, náuseas, ni vómitos, sin dolor abdominal ni pérdida de peso.

En la exploración física no se encuentra ningún hallazgo de interés salvo discreta palidez mucocutánea y tacto rectal positivo para melenas.

En la analítica destaca: Hb: 10 mg/dl [11-14], GOT 70 U/l [10-40], GPT 83 U/l [10-40] y GGT 58 U/l [10-40]. El estudio de autoinmunidad y la serología para el virus de la hepatitis B y C fueron negativos.

Durante el ingreso se realizaron las siguientes pruebas complementarias: una ecografía de abdomen donde se observa caudal al páncreas, en situación de retroperitoneo superior una imagen de masa sólida hipocóica y heterogénea con vascularización que impresiona de patología tumoral. Se realiza un TC abdominal con contraste para completar el estudio en el que se objetivó masa retroperitoneal de 8 x 5,4 cm polilobulada, bien delimitada con zonas hipodensas en relación a zonas de necrosis central (figura 1), algunas calcificaciones distróficas en su interior, con realce con contraste intravenoso, su polo superior se encontraba en contacto con cuerpo uncinado y porción horizontal del duodeno de la cual parecía depender (figura 2). No se hallaron adenopatías mesentéricas o retroperitoneales ni locorreccionales. Tras estos hallazgos se realizó enteroscopia en la que se identifica

**Figura 1.** TC abdominal. Lesión polilobulada con zonas hipodensas y necrosis central con calcificaciones en su interior



en la tercera porción duodenal, lesión de aspecto submucoso, tomándose biopsias y objetivándose sangrado que cede tras esclerosis con adrenalina.

El estudio por parte de anatomía patológica aportó el diagnóstico describiendo una muestra de celularidad moderada, constituida por células fusiformes con leve pleomorfismo nuclear, citoplasma eosinófilo y presencia de septos fibrovasculares. El índice mitótico se informó como bajo (promedio 0-1). En el estudio de inmunohistoquímica se observó tinción fuerte y difusa pancitoplasmática para c-kit (CD 117) e inmunotinción moderada citoplasmática en aproximadamente el 50% de las células para actina de músculo liso 1A4. Los estudios para CD34, S-100 y desmina resultaron negativos.

Durante su ingreso se objetivó corrección de cifras de hemoglobina, permaneciendo la paciente en todo momento asintomática. Se comenta el caso en sesión medico-quirúrgica decidiéndose alta y posterior realización de cirugía programada. Un mes después la paciente es sometida a duodenectomía parcial con anastomosis latero-lateral presentando un postoperatorio sin complicaciones y con evolución favorable.

El examen macroscópico de la pieza quirúrgica mostró una masa de 8 x 5 cm dependiente de la muscular propia de la 3ª porción duodenal, resultando el estudio inmunohistoquímico positivo para c-kit y actina del músculo liso, informándose de bajo grado de malignidad, decidiéndose no instaurar ningún tratamiento adyuvante. La paciente tras cuatro meses posteriores a la cirugía no ha presentado ninguna complicación clínica.

## Discusión

La incidencia<sup>1,2,3</sup> exacta de los GIST en Europa es desconocida, aunque se cree que aproximadamente estaría entre 8000-9000 casos al año. Se estima que la prevalencia es mayor por los hallazgos en autopsias y gastrectomías. La mayoría de los pacientes en el momento del diagnóstico<sup>2,3,4</sup> están entre los 40 y los 80 años, siendo edad media de debut 60 años.

En cuanto a la clínica<sup>3,4,5</sup> el 70% de los GIST se presentan con alguna sintomatología como dolor abdominal, astenia, disfagia, saciedad precoz, obstrucción intestinal, sangrado gastrointestinal crónico que puede causar anemia. Con menor frecuencia pueden presentar hemorragia digestiva aguda. Hasta el 20% son asintomáticos y el 10% son detectados en autopsias.

Macroscopicamente suelen ser tumores bien delimitados y muy vascularizados, dependientes de estómago o intestino, siendo frecuente que presenten focos de hemorragia, degeneración quística o necrosis<sup>1,2,6,7</sup>.

En cuanto a los marcadores de inmunohistoquímica, KIT es un marcador sensible y específico, expresado en el 95% de los GIST. Otros marcadores comunes aunque menos sensibles y específicos son CD34, h-caldesmon y SMA.<sup>1,2,6,7</sup>

El diagnóstico diferencial ha de hacerse con entidades tales como los tumores del músculo liso, fibromatosis,

Figura 2. TC abdominal. Lesión en contacto con el cuerpo uncinado y porción horizontal del duodeno



schwannoma, tumor miofibroblástico inflamatorio, pólipo fibroso inflamatorio y tumor fibroso solitario.<sup>5,8</sup>

Una estratificación del riesgo de metástasis y muerte relacionada con el tumor en los GIST primarios se hace teniendo en cuenta el índice de mitosis, el tamaño del tumor y su localización.<sup>1,2,7,9</sup>

El tratamiento de elección es la cirugía en los casos en que sea posible. En los GIST irresecables o metastáticos el tratamiento de primera línea es imatinib. Se están estudiando nuevos tratamientos como sunitinib o nilotinib e incluso la utilización de terapias combinadas.<sup>1,2,3,10</sup>

Estos tumores pueden metastatizar hasta 10-15 años después de la cirugía inicial, por lo que es fundamental su seguimiento a largo plazo.<sup>7,9</sup>

En nuestro caso la localización del tumor junto con sus características histológicas hicieron posible su excisión local, siendo por ello un caso inusual. Si lo sumamos a la infrecuencia de los GIST duodenales nos encontramos ante un caso atípico en el que fue fundamental individualizar la técnica quirúrgica a utilizar. En nuestro caso es de vital importancia el seguimiento a largo plazo ya que hay datos insuficientes en la bibliografía para establecer cual es el riesgo de progresión de la enfermedad tras un primer tratamiento quirúrgico.

## Bibliografía

1. Liegl-Atzwanger B, Fletcher JA, Fletcher CD. Gastrointestinal stromal tumors. *Virchows arch.* 2010; 456(2):111-127.
2. Laurini JA, Carter JE. Gastrointestinal stromal tumors: a review of the literature. *Arch Pathol Lab Med.* 2010;134(1):134-141.
3. Golden T, Stout AP. Smooth muscle tumors of the gastrointestinal tract and retroperitoneal tissues. *Surg Gynecol Obstet.* 1941;73:784-810
4. Fletcher CD, Berman JJ, Corless C, et al. Diagnosis of gastrointestinal stromal tumors: a consensus approach. *Hum Pathol.* 2002;33(5):459-465.
5. Kirsch R, Gao ZH, Riddell R. Gastrointestinal stromal tumors: diagnostic challenges and practical approach to differential diagnosis. *Adv Anat Pathol.* 2007;14(4):261-285.
6. Rubin BP. Gastrointestinal stromal tumors: an update. *Histopathology.* 2006; 48(1):83-96.
7. Miettinen M, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors: review on morphology, molecular pathology, prognosis, and differential diagnosis. *Arch Pathol Lab Med.* 2006;130(10):1466-1478.
8. Dow N, Giblen G, Sobin LH, Miettinen M. Gastrointestinal stromal tumors: differential diagnosis. *Semin Diagn Pathol.* 2006;23(2):111-119.
9. Miettinen M, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors: pathology and prognosis at different sites. *Seminars in Diagnostic Pathology.* 2006;23(2):70-83.
10. Demetri GD, Benjamin RS, Blanke CD, et al. NCCN task force report: management of patients with gastrointestinal stromal tumor (GIST)—update of the NCCN clinical practice guidelines. *J Natl Compr Canc Netw.* 2007;5(suppl 2): S1-S29.