

SUBOCCLUSIÓN INTESTINAL COMO PRESENTACIÓN INUSUAL DE TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL ILEAL

UNUSUAL PRESENTATION OF GASTROINTESTINAL STROMAL TUMOR OF ILEUM AS INTESTINAL SUBOCCLUSION

Vidal Vílchez B¹, Caballero Mateos A¹, Berdugo Hurtado F¹, Ortiz Sánchez A¹, Valenzuela de Damas M²

¹Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

²Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Resumen

La presentación del tumor del estroma gastrointestinal (GIST) ileal como un abdomen agudo no es frecuente. Presentamos el caso de un varón de 75 años que debutó en forma de cuadros suboclusivos de repetición y hemorragia digestiva, siendo diagnosticado de GIST ileal mediante cápsula endoscópica. Fue sometido a cirugía con resección de dos segmentos de asa de intestino delgado y múltiples implantes, asociado a terapia adyuvante con Imatinib con posterior recidiva tumoral.

Palabras clave: GIST, tumor mesenquimal, suboclusión, cápsula endoscópica.

Abstract

The presentation of gastrointestinal stromal tumor (GIST) of ileum as an acute abdomen is not usual. We present the case of a 75-years-old man who starts with intestinal subocclusion and gastrointestinal bleeding with diagnosis of GIST through capsule endoscopy. The treatment was intestinal and peritoneal implants

resection associated to adjuvant therapy with Imatinib with subsequent tumor recurrence.

Keywords: GIST, mesenquimal tumor, subocclusion, endoscopic capsule.

Introducción

El tumor del estroma gastrointestinal es un tumor maligno de origen mesenquimal. Su localización más frecuente es el estómago y suelen cursar en forma de dolor abdominal, hemorragia digestiva o ser asintomáticos. El diagnóstico definitivo se realiza mediante el análisis anatomopatológico de la pieza quirúrgica, siendo la punción-aspiración con aguja fina guiada por ecoendoscopia la técnica de elección de análisis histológico previa a la cirugía. El único tratamiento curativo es quirúrgico con mal pronóstico a corto plazo. En los últimos años, la asociación de Imatinib mesilato como terapia neo y coadyuvante ha aumentado notablemente el índice de supervivencia en estos pacientes.

Caso Clínico

Varón de 75 años con antecedentes personales de cardiopatía isquémica en tratamiento con Clopidogrel 75 mg ingresado por cuadros suboclusivos de repetición y hemorragia digestiva. En analítica: urea 57 mg/dL, creatinina 0,29 mg/dL, PCR

CORRESPONDENCIA

Begoña Vidal Vílchez
Hospital Clínico San Cecilio
18016 Granada
bvv_92@hotmail.com

Fecha de envío: 17/11/2019

Fecha de aceptación: 29/02/2020

59, hemoglobina 7,3 g/dL, plaquetas 376.000/mcL, coagulación normal. En esofagogastroduodenoscopia y colonoscopia no se visualizan lesiones patológicas ni signos de sangrado activo. La cápsula endoscópica objetiva zona estenótica en íleon proximal debida a lesión vegetante de paredes ulceradas de 2cm de diámetro apreciándose sangrado activo (Figura 1). Continúa con sangrado digestivo activo con requerimientos transfusionales por lo que se somete a cirugía urgente encontrando dos tumoraciones de aspecto cerebroide, la mayor de 15x10cm con punto sangrante hacia peritoneo, adheridas al mesenterio y a un asa intestinal que se extirpan mediante dos resecciones de intestino delgado; así como múltiples implantes peritoneales. El resultado histológico de las piezas quirúrgicas es compatible con tumor del estroma gastrointestinal (GIST) CD117/DOG1+ con implantes en mesenterio y positividad para la mutación c.1669 T>G en el exón 11 del gen c-kit.

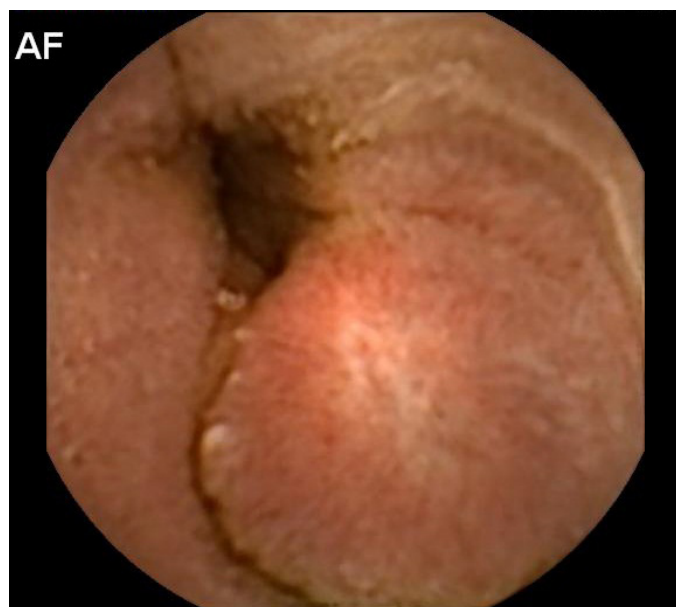


Figura 1

Cápsula endoscópica que muestra lesión vegetante de unos 2 cm de diámetro ulcerada en íleon proximal.

Se realiza tratamiento posterior con Imatinib 400 mg/día y seguimiento oncológico. Dos años más tarde se detecta en PET-TC una lesión hipermetabólica en parénquima hepático junto con otras lesiones en peritoneo. En tomografía axial computarizada (TC) con contraste intravenoso de abdomen se confirma la presencia de múltiples lesiones nodulares en peritoneo perihepático posterior y lateral de unos 6x6x12cm aproximadamente (Figura 2) así como múltiples implantes peritoneales en relación con recidiva tumoral. Finalmente, teniendo en cuenta la situación clínica del paciente y la extensión de la enfermedad, se decide intensificar tratamiento con Imatinib 800 mg/día, con progresión de la enfermedad y fallecimiento.

Discusión

El tumor del estroma gastrointestinal (GIST) es el nombre genérico de un tumor mesenquimal con origen en la pared muscular de una víscera hueca que expresa la proteína proto-oncogénica c-kit también conocida como CD117, así como el receptor de tirosina quinasa PDGFRA en el 90% de los casos. La expresión de esta

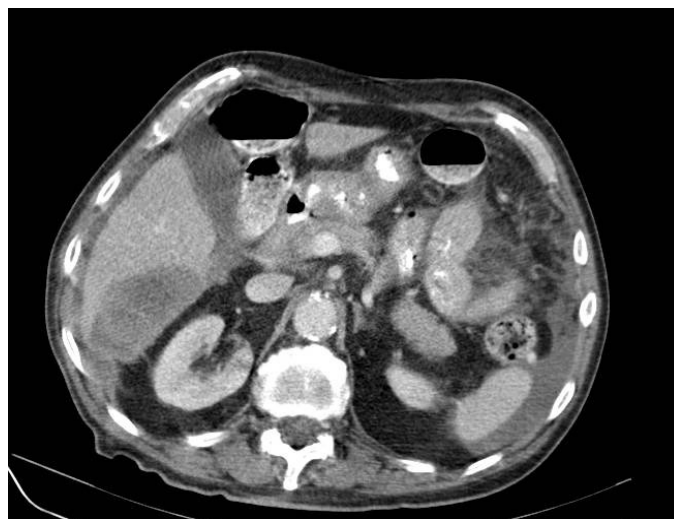


Figura 2

Corte axial de TC con contraste abdominal que muestra lesiones nodulares en peritoneo perihepático posterior y lateral de 6x6x12cm de diámetro aproximadamente.

proteína permite distinguirlo de otros tumores mesenquimales del tracto gastrointestinal. La mayoría se localizan en estómago o en intestino delgado. Dentro de los tumores de intestino delgado la localización más frecuente es duodeno, siendo rara la localización ileal. Aproximadamente el 30% cursan de forma asintomática, siendo el dolor abdominal o la hemorragia digestiva los síntomas más frecuentes. Otros menos usuales son la disfagia, la invaginación intestinal y la obstrucción intestinal o biliar^{1,2}.

No existe ningún procedimiento, incluidos la tomografía computarizada, resonancia magnética o angiografía; que asegure el diagnóstico. La punción-aspiración con aguja fina no está indicada por el riesgo de este tipo de tumor de ruptura y diseminación. Por tanto, el diagnóstico final anatomopatológico se realiza mediante la pieza quirúrgica, si bien, los últimos estudios muestran una aproximación diagnóstica de hasta el 89% mediante la punción-aspiración guiada por eco-endoscopia, siendo éste el método diagnóstico más preciso previo a la cirugía.

En cuanto a la cápsula endoscópica ha demostrado ser un procedimiento simple y bien tolerado en el diagnóstico de la hemorragia digestiva de origen oscuro. En algunos casos puede alcanzar un valor predictivo positivo de hasta el 97% en hemorragia activa³. Asimismo parece existir una relación directa entre la precisión diagnóstica de la cápsula endoscópica y la precocidad con que ésta se realiza. Actualmente la European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) considera 14 días como tiempo límite para indicar la realización de cápsula endoscópica desde el inicio de la hemorragia digestiva de origen oscuro⁴.

Respecto al tratamiento, la cirugía asociada a linfadenectomía o a resección de la zona de mesenterio afectada continúa siendo el único tratamiento curativo para este tipo de tumores, con pobres resultados. Desde la introducción de Imatinib mesilato como terapia coadyuvante ha cambiado el pronóstico de un 30% de supervivencia únicamente con cirugía a cerca del 80% con la asociación de ambos⁵. Este fármaco actúa inhibiendo el crecimiento

tumoral mediante el bloqueo de la actividad de los receptores de la tirosina quinasa c-Kit y PDGFRA. Según la evidencia clínica, en GIST con mutaciones en el exón 11 del c-Kit, como nuestro caso, existe buen ratio de respuesta a bajas dosis de Imatinib⁶. Las últimas investigaciones muestran los beneficios de su utilización como terapia neoadyuvante previa a la resección de tumores con márgenes resecables o localmente avanzados. Con ello se conseguiría alcanzar la citorrreducción y facilitar la resección, así como la disminución del riesgo de sangrado, las complicaciones postoperatorias y la ruptura del tumor, lo que disminuye también la posibilidad de siembra tumoral⁷. Cabe destacar la existencia de otros fármacos biológicos en el tratamiento del GIST irreseccable o metastásico como el Sunitinib, un inhibidor de varios receptores de tirosina quinasa (KIT, del PDGFR, del VEGFR y del FLT-1/KDR) indicado ante resistencia o intolerancia a Imatinib; así como el Regorafenib, otro fármaco inhibidor de múltiples receptores indicado en caso de fracaso terapéutico de los anteriores⁸.

El comportamiento de este tipo de tumores depende en gran parte de la localización: los tumores del estroma localizados en intestino delgado generalmente se asocian con pronóstico más desfavorable. Los factores de mal pronóstico radiológicos y quirúrgicos son: invasión de órganos adyacentes, aparición de siembra omental y peritoneal, recurrencia tumoral tras la cirugía y metástasis¹.

Bibliografía

1. Iusco, D., Jannaci, M., Grassi, A. et al. Giant ileal gastrointestinal stromal tumour presenting as an intestinal subocclusion and subsequent haemoperitoneum : a case report and a review of the literatura. *Updates Surg* 2010; 62: 189-93.
2. Feng F, Wang F, Wang Q, et al. Clinicopathological Features and Prognosis of Gastrointestinal Stromal Tumor Located in the Jejunum and Ileum. *Dig Surg* 2019;36:153-157.
3. Kauser R, Kazemi A, Farah K, Morrissey S. Easy to swallow : detection of an extramural jejunal GIST by video capsule endoscopy. *Case Reports* 2015;10–2.
4. Juanmartiñena Fernández, J.F., Fernández-Urién, I., Saldaña Dueñas, et al. Non-small bowel lesions detected with capsule endoscopy in patients with obscure gastrointestinal bleeding. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 2016; 39(2), 315-8.
5. Teng-Wei Chen, Hsiao-Dung Liu, Rong-Yaun Shyu, et al. Giant malignant gastrointestinal stromal tumors : Recurrence and effects of treatment with STI-571. *World J Gastroenterol*. 2005 Jan 14; 11(2): 260–3.
6. Tamborini E. Mechanism of Resistance in Gastrointestinal Stromal Tumors. In: Mandalà M., Romano E. (eds) *Mechanisms of Drug Resistance in Cancer Therapy. Handbook of Experimental Pharmacology* 2018; vol 249:195-202.
7. Wang, S.-Y.; Wu, C.-E.; Lai, C.-C.; et al. Prospective Evaluation of Neoadjuvant Imatinib Use in Locally Advanced Gastrointestinal Stromal Tumors: Emphasis on the Optimal Duration of Neoadjuvant Imatinib Use, Safety, and Oncological Outcome. *Cancers* 2019; 11:424.
8. Von Mehren M, Joensuu H. Gastrointestinal Stromal Tumors. *J Clin Oncol*. 2018;36(2):136–143.