

Obstrucción intestinal por recidiva de Tumor de GIST de paciente de 62 años

Intestinal obstruction due to GIST tumor recurrence in a 62-year-old patient

Juan Carlos, Maturana A.^{1, 5,a}; Guillermo, Castro G.^{2,b}; Tamara, Contreras A.^{3,c};
Javiera, Torrealba H.^{4,d}; Belén, Saffie C.^{3,e}

MATURANA A., J.C.; CASTRO G., G.; CONTRERAS A., T.; TORREALBA H, J.; BELÉN SAFFIE C, B. Obstrucción intestinal por recidiva de Tumor de GIST de paciente de 62 años. *J. health med. sci.*, 9(4):103-108, 2023.

RESUMEN: Objetivo: Presentar un caso clínico de una paciente con cuadro de obstrucción intestinal por múltiples masas tumorales, secundario a recidiva de Tumor de GIST. **Introducción:** El tumor estromal gastrointestinal es una neoplasia maligna poco frecuente del tracto digestivo, que afecta usualmente a pacientes mayores de 50 años y posee una clínica variable dependiente del tamaño tumoral, pudiendo ser desde asintomática hasta una masa abdominal dolorosa palpable. Se diagnostica mediante biopsia y su tratamiento no metastásico es quirúrgico. **Caso clínico:** Paciente de 64 años con diagnóstico de Tumor GIST de alto grado (2020) y resección yeyunal subtotal, seguimiento con estudio de imágenes sin alteraciones, ingresa a urgencias por cuadro de obstrucción intestinal con sospecha de recidiva de Tumor GIST. Al examen físico presenta abdomen distendido, masa palpable en fosa ilíaca izquierda de 8 a 10 cm de diámetro, sensible al tacto y signos de irritación peritoneal dudosa. Ingresa a pabellón, se realiza tumorectomía masiva de 8 tumores. Evolucionan sin complicaciones, dado de alta al cuarto día. **Conclusión:** A pesar del bajo potencial de malignidad del GIST, requiere controles estrictos debido a su alta tasa de recidiva, siendo su tratamiento de base la cirugía, logrando la resección completa del tumor.

PALABRAS CLAVES: Tumores del estroma gastrointestinal. Masa abdominal. Obstrucción intestinal. Inmunohistoquímica.

INTRODUCCIÓN

La obstrucción intestinal es la detención parcial o total del tránsito digestivo normal por causa mecánica o ausencia de peristaltismo, comprometiéndose con mayor frecuencia el intestino delgado. Su clínica presenta dolor y distensión abdominal, asociado a vómitos y ausencia de deposiciones. Es una complicación frecuente en pacientes oncológicos, asociado comúnmente a tumores abdominopélvicos, con frecuencia de 10-28% de tumores gastrointestinales. Se considera factor de mal pronóstico si ocurre en contexto de una enfermedad oncológica, y en

este caso, no existe algoritmo clínico ideal para su tratamiento, basándose en la experiencia clínica del equipo médico (Della Valle *et al.*, 2012).

El tumor estromal gastrointestinal (GIST) corresponde al tumor mesenquimatoso más frecuente del tracto digestivo, representa menos del 3% de las neoplasias malignas en esta zona, sospechando su malignidad generalmente en tumores > 5 cm. Su frecuencia de aparición es: estómago (60%), intestino delgado (25%), colon y recto (5%), esófago (5%) y los tumores extra-GI (mesenterio o retroperitoneo) (< 5%) (Soriano *et al.*, 2019). Usualmente afecta a

¹ Cirujano General, Académico, Facultad de Medicina - Universidad de Tarapacá.

² Cirujano Digestivo. Hospital Juan Noé Crevani, Arica.

³ Interna Escuela de Medicina, Facultad Medicina - Universidad de Tarapacá, Arica.

⁴ Interna Escuela de Medicina, Universidad Finis Terrae, Santiago.

⁵ Servicio de Cirugía, Hospital Juan Noé Crevani de Arica.

^a <https://orcid.org/0009-0008-6847-8592>

^b <https://orcid.org/0000-0002-0854-5342>

^c <https://orcid.org/0009-0006-1383-8576>

^d <https://orcid.org/0009-0007-2757-8119>

^e <https://orcid.org/0009-0003-6426-9383>

mayores de 50 años y su clínica varía según el tamaño tumoral, desde una presentación asintomática hasta hemorragia digestiva, dolor abdominal, baja de peso, náuseas, vómitos o masa palpable (Villa-fuerte *et al.*, 2021). Los GIST del intestino delgado destacan por su debut como cuadro de obstrucción intestinal, seguido de hemorragia, compresión de órganos vecinos y la perforación (Flores *et al.*, 2017).

Este debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales de una neoplasia maligna intraabdominal, que suele detectarse de forma incidental en estudio de imágenes, pero su diagnóstico definitivo se realiza con biopsia de la muestra tumoral. La tomografía computarizada es esencial para su diagnóstico y estadificación del tumor, permitiendo evaluar su tamaño y relación con otros órganos, siendo así el estudio imagenológico de elección en estos pacientes (Beltrán, 2014). Los hallazgos con mayor probabilidad de metástasis son: tamaño mayor a 5 cm, lobulados, con realce heterogéneo, ulceraciones o patrón de crecimiento exofítico; distinto a los de comportamiento benigno que presentan realce homogéneo o patrón de crecimiento endoluminal (Lamba *et al.*, 2012).

Al momento del diagnóstico, se presenta invasión de los tejidos vecinos en hasta un 10-30%, y hasta $\frac{1}{3}$ puede presentar compromiso metastásico, teniendo mayor afectación el peritoneo e hígado (Heine *et al.*, 2010).

El manejo estándar de los GIST no metastásicos es la cirugía, donde se recomienda la extirpación del tumor “en bloque” junto a su pseudocápsula, para obtener márgenes de resección adecuados; además de extraer en conjunto los órganos contiguos que estén comprometidos, lo cual tiene una

morbilidad variable asociada. La linfadenectomía no es recomendada dado que rara vez dan metástasis a nivel ganglionar, así como tampoco la punción con aguja gruesa vía pared abdominal, por el riesgo de diseminación tumoral (Joensuu, 2006).

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 64 años diagnosticada el año 2020 de Tumor del estroma gastrointestinal (GIST) de alto grado, T4N0M0 Etapa III-B, completando 27 ciclos de terapia con Imatinib más control imagenológico cada 3 meses y antecedente de resección yeyunal subtotal, acude a urgencias del Hospital Juan Noé por cuadro de dolor abdominal difuso de 1 semana de evolución, que se intensifica de manera severa, de predominio epigástrico y en ambas fosas ilíacas, asociado a náuseas. Niega transgresión alimentaria. Ingres a hipertensa, sin requerimientos de oxígeno, afebril. Al examen físico presenta abdomen distendido con masa palpable en fosa ilíaca izquierda, de 8 a 10 cm de diámetro, sensible al tacto, con signos de irritación peritoneal dudosos. Se plantea como sospecha diagnóstica obstrucción intestinal por GIST recidivado, se decide realizar estudio imagenológico con tomografía computarizada (TC) de abdomen y pelvis donde destacan múltiples lesiones de aspecto neoplásicas en región abdominopélvica (Figura 1). Ingres a pabellón para laparotomía exploratoria, evidenciando múltiples masas voluminosas en relación a distintas porciones del intestino delgado y colón, con abundante edema mesentérico. Se realiza tumorectomía masiva de 8 tumores (Figura 2), el mayor de aproximadamente 20 cm de diámetro y se envían muestras quirúrgicas a biopsia diferida. Se reseca porción de íleon (Figura 2) y se realiza cuña yeyunal dado a hallazgo de

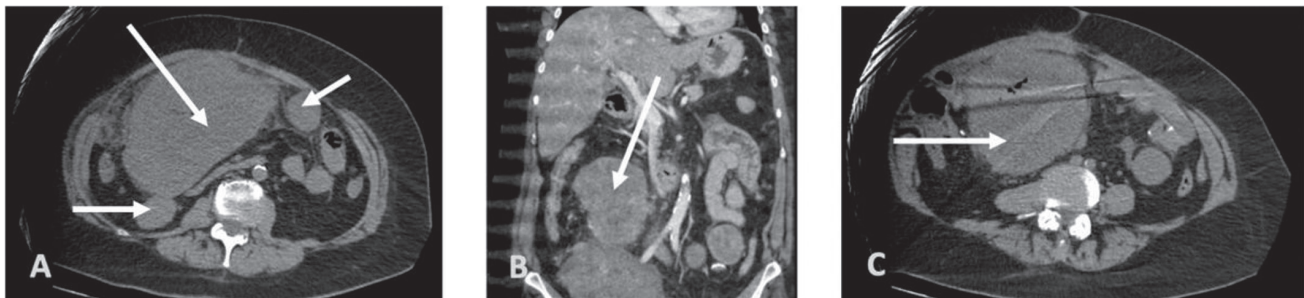


Figura 1. Estudio de imagen al ingreso al servicio de urgencias, con hallazgo de múltiples lesiones masiformes de aspecto neoplásicas abdomino-pélvicas.

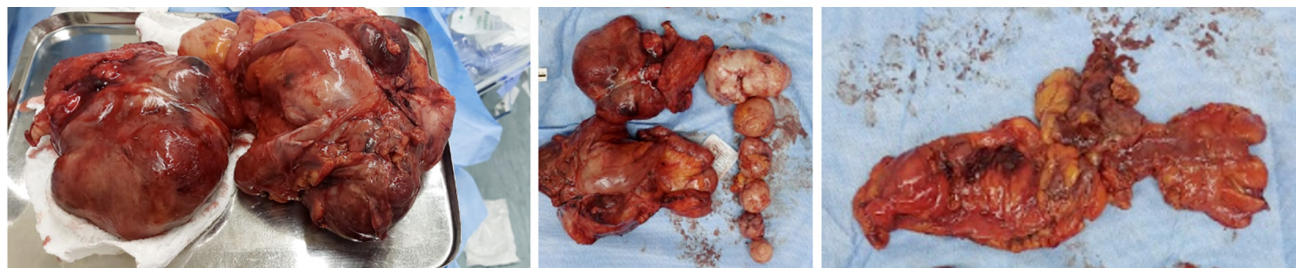


Figura 2. Tumorectomía masiva de 8 tumores más resección de porción de íleon.

fístula de yeyuno a colón izquierdo; más colectomía izquierda, resto de colón sin alteraciones. Se efectúa ileostomía terminal, con 120 cm de intestino delgado residual. Paciente egresa a unidad de cuidados intermedios evolucionando favorablemente, con TC de control sin complicaciones (Figura 3), se decide alta a los 4 días de hospitalización, con posterior control en Servicio de Cirugía.

Se envía a anatomía patológica 8 piezas tumorales de intestino delgado que miden entre 3,5 cm hasta 19 cm y una pieza con segmento intestinal de 33 cm de longitud. Se realiza el diagnóstico microscópico de tumor del estroma gastrointestinal (GIST) con inmunohistoquímica positiva para CD117, DOG-1, y CD34 (Figura 4), variante fusocelular multifocal con alto grado de diferenciación (G2), según los criterios establecidos por la OMS mediante inmunohistoquímica con Ki-67 y presencia de necrosis. Además, destaca neoplasia con bordes de resección del intestino delgado negativo.

DISCUSIÓN

Los tumores de GIST son neoplasias de origen mesenquimal del tracto gastrointestinal, con distintas localizaciones, siendo el estómago la zona de mayor frecuencia (Soriano *et al.*, 2019). Su presentación es rara, estimándose entre un 1-2% de

las neoplasias gastrointestinales, asociados a un comportamiento biológico variable (Villafuerte *et al.*, 2021). Se presenta habitualmente como un tumor solitario bien circunscrito, rodeado de una pseudocápsula (Heine *et al.*, 2010). Clínicamente pueden ser asintomáticos, presentarse como una masa abdominal o, como una obstrucción intestinal, variando según el tamaño tumoral y la anatomía del paciente. El estudio de imagen de elección para su diagnóstico es la tomografía computarizada con contraste, sin embargo, la confirmación se realiza con biopsia de la muestra tumoral. El tratamiento de los GIST primarios es la resección completa con márgenes microscópicos libres y resección en bloque si se presenta adherencia a órganos. No se recomienda realizar linfadenectomía dado la baja tasa de metástasis ganglionar (Joensuu, 2006). Pese a la resección quirúrgica completa, pueden presentar un 40-60% de recidivas, que suelen generarse hasta en un 25% en la región del tumor primario (Eizaguirre & Burgos, 2006). A pesar del seguimiento prolongado, se conoce que cualquier tumor de GIST tiene un potencial de malignidad, independiente del tamaño y resección quirúrgica previa (Fletcher *et al.*, 2002). En estos casos, se debe intentar la resección completa de aquellas recidivas.

La radioterapia y quimioterapia no han demostrado eficacia en el tratamiento de esta patología, asociándose a mayores riesgos que beneficios.

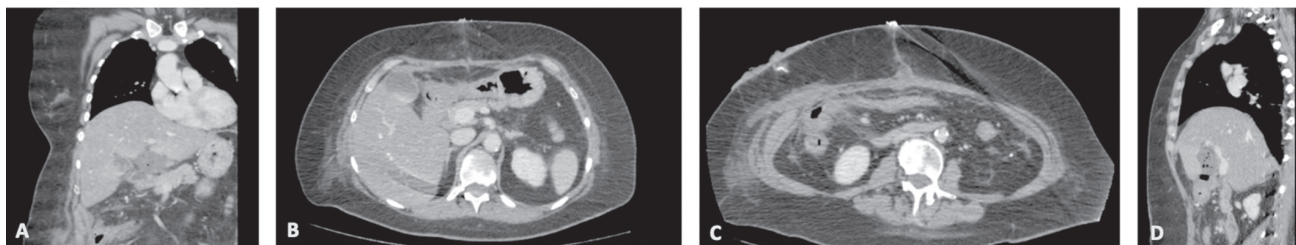


Figura 3. Estudio de imagen de control postquirúrgico, sin complicaciones agudas asociadas.

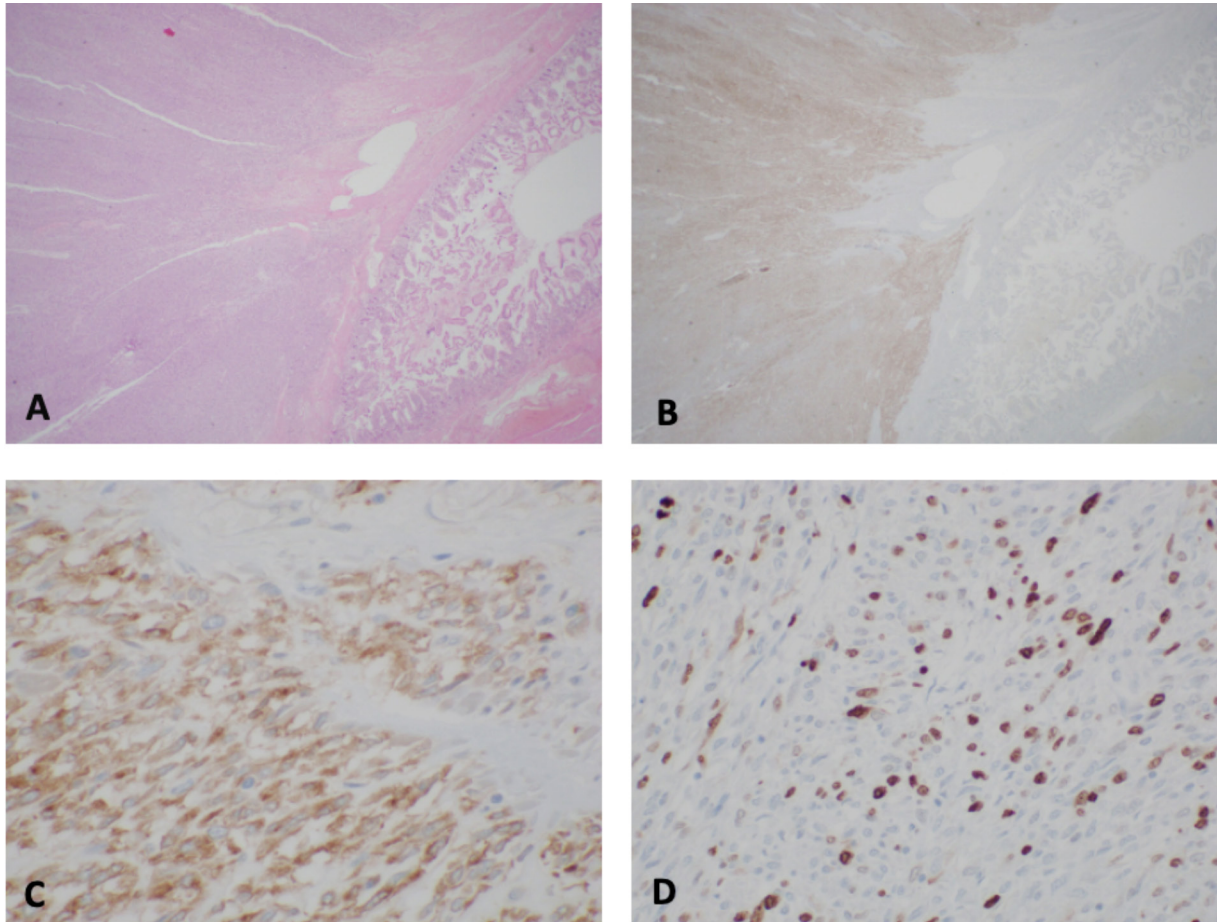


Figura 4. Histopatología del tumor de GIST **A.** Tumor infiltrativo que invade capa muscular del intestino delgado, Aumento 2x con tinción hematoxilina-eosina **B.** Inmunohistoquímica positiva con DOG1; Aumento 2x **C.** Inmunohistoquímica con CD117 se observa mayor tinción en la membrana y citoplasma celular, sin tinción en núcleos compatible con GIST; Aumento 40x **D.** Expresión inmunohistoquímica con Ki-67 con alta proliferación celular; Aumento 60x.

En el último tiempo se ha utilizado la terapia con *Imatinib*, aprobada por la FDA como terapia de primera línea en caso de recidiva o metástasis tumoral (Soto *et al.*, 2003). Actúa como inhibidor competitivo de las proteínas Tirosin - Kinasa expresadas por las células tumorales, provocando así su apoptosis. Su dosis recomendada es de 400-600 mg al día por 6 meses. Se ha demostrado que, en pacientes con tumores irresecables o metastásicos, la tasa de respuesta es aproximadamente un 50% con una tasa de supervivencia de un 85% (Gerrish & Smith, 2008).

CONCLUSIONES

Los pacientes con diagnóstico de GIST, a pesar de su baja malignidad, deben mantener controles estrictos debido a la alta tasa de recidiva que presen-

tan, siendo el tratamiento de base la cirugía logrando como objetivos bordes R0 y así continuar posteriormente con la vigilancia en centro de especialidad cada 3 a 6 meses, dependiendo de la necesidad de tratamiento complementario y el resultado de los exámenes realizados durante el seguimiento post operatorio. Además, debemos tener en cuenta que, por las características observadas durante el intraoperatorio, los tumores diseccionados presentaban un alto potencial de malignidad dado su tamaño y la cantidad de masas resecadas; sin embargo, la evolución posquirúrgica fue favorable demostrando así su alta resolutivez.

AGRADECIMIENTOS

Dr. Alejandro Ortega Vásquez; Jefe Servicio Anatomía Patológica Hospital Juan Noé; Arica-Chile.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CONTRIBUCIÓN

- Juan Carlos Maturana; conceptualización, redacción, revisión y edición.
- Guillermo Castro; conceptualización, revisión y edición.
- Tamara Contreras; curadora de contenidos, redacción, revisión y edición.
- Javiera Torrealba Hernández; curadora de contenidos, redacción, revisión y edición.
- Belén Saffie Contreras; curadora de contenidos y datos.

DECLARACIÓN BIOGRÁFICA DE METADATOS (BIO STATEMENT)

- Juan Carlos Maturana Arancibia: Asociación Panamericana de Trauma (Miembro asociado), Sociedad de Cirujanos de Chile (Miembro afiliado).
- Guillermo Castro Guerra: Sociedad de cirujanos de Chile (Miembro afiliado).
- Tamara Contreras Ayca: Alumna Interna de 7mo año Medicina UTA.
- Javiera Torrealba Hernández: Alumna interna de 6to año Medicina UFT.
- Belén Saffie Contreras: Alumna Interna de Cirugía 6to año Medicina UTA.

DECLARACIÓN ÉTICA

Este trabajo siguió las regulaciones internacionales de acuerdo con la Declaración de Helsinki.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Ninguno.

ABSTRACT: Objective: To present a clinical case of a patient with intestinal obstruction due to multiple tumor masses, secondary to GIST tumor recurrence. **Introduction:** Gastrointestinal stromal tumor is a rare malignant neoplasm of the digestive tract, which usually affects patients over 50 years of age and has variable symptoms depending on tumor size, ranging from asymptomatic to an abdominal palpable painful mass. It is diagnosed through biopsy and its non-metastatic treatment

is surgical. **Clinical case:** 64-year-old patient with diagnosis of high-grade GIST tumor (2020) and subtotal jejunal resection, follow-up with images without alterations, admitted to the emergency department due to suspected intestinal obstruction by GIST Tumor recurrence. On physical examination shows distended abdomen, palpable mass in the left iliac fossa, 8 to 10 cm in diameter, sensitive to touch and inconclusive signs of peritoneal irritation. Admitted to the pavilion, massive dissection of 8 tumors. Progresses favorably, discharged on the fourth day. **Conclusion:** Despite the low malignancy potential of GIST, it requires strict controls due to its high recurrence rate, and its basic treatment is surgery, achieving complete resection of the tumor.

KEYWORDS: Gastrointestinal stromal tumors. Abdominal mass. Immunohistochemistry.

BIBLIOGRAFÍA

- Beltrán, M. Tumores del estroma gastrointestinal (GIST) del duodeno: presentación clínica, estudio diagnóstico y tratamiento actual. *Rev Chil Cir.*, 66(4): 381-393, 2014. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262014000400016>
- Della Valle, A.; Wolaj, M.; Santos, D.; Mesa, F.; Treglia A. Manejo terapéutico actual de la oclusión intestinal maligna no quirúrgica. *Rev. Méd. Urug.*, 28(2): 108-114, 2012.
- Eizaguirre, B.; Burgos, J. Tumores GIST. Revisión de la literatura. *Revista Española de Patología*, 39(4): 209-18, 2006. [https://doi.org/10.1016/s1699-8855\(06\)70043-5](https://doi.org/10.1016/s1699-8855(06)70043-5)
- Fletcher, C.; Berman, J.; Corless, C.; Gorstein, F.; Lasota, J.; Longley, B. *et al.* Diagnosis of Gastrointestinal Stromal Tumors: A Consensus approach. *Human Pathology*, 33(5): 459-65: 2002. <https://doi.org/10.1053/hupa.2002.123545>
- Flores-Funes, D.; Lirón-Ruiz, R.J.; Pérez-Guarinos, C.V.; Martín-Lorenzo, J.G.; Torralba-Martínez, J.A.; Giménez-Bascuñana, A, *et al.* Perfil clínico y anatomopatológico de los tumores estromales gastrointestinales de un hospital de área: Estudio descriptivo y revisión de la literatura. *Cir Esp.*, 2017. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.06.005>
- Gerrish, S.T.; Smith, J.W. Gastrointestinal stromal tumors-diagnosis and management: a brief review. *Ochsner J.*, 8(4): 197-204, 2008.
- Heine, C.; Medina, P.; Wainstein, C.; Hurtado, C.; Contreras, L.; López, F. Recurrence of low risk small bowel GIST tumor: Case report and revision of the literature. *Rev Chil Cir.*, 62(1): 72-78, 2010. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262010000100014>.
- Joensuu, H. Gastrointestinal stromal tumor (GIST). *Annals of Oncology*, 17: 280-6, 2006. doi: 10.1093/annonc/mdl274
- Lamba, G.; Gupta, R.; Lee, B.; Ambrale, S.; Liu, D. Current management and prognostic features for Gastrointestinal stromal Tumor (GIST). *Experimental Hematology & Oncology*, 1(1), 2012. doi: 10.1186/2162-3619-1-14

- Soriano-Lorenzo, J.; Lima-Pérez, M.; Soriano-García, J.; Zaldívar-Blanco, K.; Fleites-Calvo, V. Tumores del estroma gastrointestinal. *An Fac Med.*, 80(2): 214-21, 2019. <http://dx.doi.org/10.15381/anales.802.16418>.
- Soto, G.S.; Pozo, L.; Kuschel, H.C.; Schultz, H.; Banse, E.C. Tumores estromales del tubo digestivo (GIST): a propósito de un caso clínico. *Cuadernos de cirugía*, 17(1):37-42, 2003. <https://doi.org/10.4206/cuad.cir.2003.v17n1-06>
- Villafuerte Quimíz, W.L.; Ostaiza Véliz, I.V.; Williams Vargas, L.N.; Palomeque Salazar, X. Tumores del estroma gastrointestinal: revisión y manejo multidisciplinario. *jah.*, 4(1): 26-35, 2021. <https://doi.org/10.37958/jah.v4i1.60>

Autor para correspondencia:

Juan Carlos Maturana Arancibia
Cirujano General, Salubrista.
Docente Carrera de Medicina,
Universidad Tarapacá.
Facultad de Medicina,
Universidad de Tarapacá
Av. Senador Luis Valente Rossi N° 2223
Arica, Chile
Email: doctor_maturana@hotmail.com

Recibido: 13 de Noviembre, 2023

Aceptado: 7 de Diciembre, 2023