

Tumor del estroma gastrointestinal (GIST) y resección laparoscópica.

Juan Auquilla Freire¹, Adriana Cisneros Ortiz², Mónica Orejuela Puentes³, Carlos Rosero Reyes⁴

¹ Médico de Calificación Médica, Hospital Carlos Andrade Marín.

² Servicio de Cirugía General, Hospital Carlos Andrade Marín, Quito, Ecuador.

³ Servicio de Cirugía General, Hospital Carlos Andrade Marín, Quito, Ecuador.

⁴ Cátedra de Cirugía General, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador.

Rev Fac Cien Med (Quito), 2014; 39(2): 91-93

Resumen: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) se caracterizan por su baja frecuencia, con una tasa entre 0,2% a 3% de todos los tumores malignos. Generalmente son asintomáticos y su ubicación en el aparato gastrointestinal es variable, siendo el estómago el principal lugar donde se presentan. Se diagnostican usualmente con estudios de imagen o bien son hallazgos incidentales o durante una endoscopia. Se los estadia en alto y bajo riesgo dependiendo principalmente de su índice mitótico y tamaño. Se presenta el caso de una paciente de 82 años, a quien se le detectó mediante tomografía computarizada una masa tumoral a nivel de cara anterior de estómago; se le practicó una laparoscopia diagnóstica evidenciándose una masa exofítica pediculada hipervascularizada dependiente de la cara anterior del estómago, la cual fue resecada y extirpada totalmente encapsulada.

Palabras clave: Tumor del estroma gastrointestinal GIST, resección laparoscópica, inhibidores de tirosin kinasa

Abstract: Gastrointestinal stromal tumors (GIST), are rare tumors, 0.2 -3% of all malignant tumors, are usually asymptomatic. Its location varies the stomach being the principal place where they grow. Its diagnosis is often with imaging studies as incidental findings or during a laparoscopy. They are staged according to high and low risk depending mainly on mitotic index and the size. We present the case of a female patient of 82 years with a mass in the anterior side of stomach recognized in computed tomography. Diagnostic laparoscopy characterizing an exophytic mass pedicle hypervascularized dependent on the front side of the stomach that was resected and excised fully encapsulated.

Keywords: Gastrointestinal stromal tumor GIST, laparoscopic resection, tyrosine kinase inhibitors



Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons de tipo Reconocimiento - No comercial - Sin obras derivadas 4.0 International Licence

Introducción

Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST por sus siglas en inglés), los tumores de baja frecuencia que oscila entre 0,2% al 3% de todas las lesiones malignas abdominales⁽¹⁾. Inicialmente se pensó procedían de las células de musculo liso siendo consideradas variantes de leiomiomas o leiomiomas; posteriormente y gracias a estudios de inmunohistoquímica, los GIST se originan de una célula pluripotencial que

se diferencia en la célula de Cajal y expresa CD117 KIT (receptor tyrosine kinase) en el 95% de estos tumores mientras que el 5% restante, expresan una mutación en el receptor \square del factor de crecimiento plaquetario (PDGFR α)⁽²⁾.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino, 82 años de edad, admitida al Servicio de Gastroenterología del Hospital Carlos Andrade Marín por presentar dolor

Correspondencia: Dra. Mónica Orejuela: Isla Marchena y Av. Granados, Portal de Aragón II- 2-501. Quito, Ecuador. Correo electrónico: meop_1@yahoo.com

Recibido: 12/12/13 • **Aceptado:** 10/02/14

Rev Fac Cien Med (Quito) 2014 - 39 (2)

abdominal continuo, persistente, y localizado en epigastrio; EVA 8/10. Antecedentes patológicos personales: hipertensión arterial, enfermedad diverticular y adenoma tubular de colon hace 1 año. Antecedentes quirúrgicos: apendicetomía, colecistectomía. La endoscopia digestiva alta revela gastropatía folicular a nivel de cuerpo y antro y actividad hemorrágica en fondo y cuerpo; el informe de la biopsia revela una gastritis crónica y la tomografía axial computarizada evidencia una masa hipodensa en curvatura menor, de 7cm por 5cm, presumiéndose una neoplasia gástrica o un conglomerado ganglionar.

Se realiza biopsia percutánea de la masa gástrica, dirigida por TAC. El estudio histopatológico sugiere compatibilidad con GIST; inmunohistoquímica reporta ki-67 negativo, cd-117 positivo, s-100 positivo, actina de músculo liso positivo y cd31 negativo. El estudio histopatológico de la masa reporta un tumor neuroendocrino compatible con GIST, cd117 positivo y con escasa mitosis.

Se decide tratamiento quirúrgico mediante laparoscopia diagnóstica que evidencia la presencia de masa exofítica pediculada hipervascularizada dependiente de la cara anterior del estómago a nivel de la unión gastroesofágica, de aproximadamente 7 cm x 5 cm x 4 cm de diámetro, con presencia de zonas hemorrágicas y necrosis. La masa fue resecada y extirpada, totalmente encapsulada. Se extrajo de la cavidad en una bolsa de látex.

La evolución fue satisfactoria, tolera dieta luego de 24 horas de la cirugía y se procede con el alta médica a las 72 horas, sin complicaciones. Se remite a la paciente a Oncología, con buen estado general y alta probabilidad de remisión de la enfermedad.

Discusión

Los tumores estromales GIST pueden originarse del mesenterio o del omento; su ultra estructura y características inmunohistoquímicas los diferencian del tumores originados en el músculo liso (leiomiomas y leiomiomas), al derivarse de otros progenitores mesenquimales, tanto de células epiteloides como espinales. Los tumores GIST generalmente son asintomáticos y su diagnóstico es en ocasiones incidental (33% de casos), durante procedimientos quirúrgicos por otra causa (20% de casos) y un 10% durante autopsias⁽³⁾. En los casos sintomáticos, las manifestaciones clínicas son variables y

relacionadas al nivel del tracto gastrointestinal donde se localiza, principalmente estómago (40% a 70%), intestino delgado (20% a 40%) colon y recto (5% a 15%) y esófago (5%). Por su ubicación o efecto de masa dentro de la cavidad provoca dolor abdominal vago, sensación de llenura precoz, presencia de masa palpable o síntomas secundarios como sangrado tumoral, anemia, obstrucción intestinal o perforación⁽⁴⁾.

Diagnóstico: dependiendo de su localización, los tumores GIST se identifican mediante endoscopia, colonoscopia y estudios de imagen (tomografía axial computarizada o resonancia magnética). La TAC revela la presencia del tumor primario y metástasis hacia hígado o peritoneo, de mayor frecuencia⁽³⁻⁴⁾. A diferencia de los leiomiomas, las metástasis extra abdominales de los tumores GIST, en especial a pulmón, son extremadamente raras. El pet-scan es útil para el manejo clínico-quirúrgico y seguimiento al tratamiento, principalmente clínico.

Gracias a la endoscopia, es factible detectar protrusión sobre la pared intestinal y presencia de alteraciones a nivel de mucosa, especialmente estigmas de sangrado. La ecoendoscopia evidencia la presencia de una masa hipoeoica en contigüidad con el estrato muscularis del intestino.

Se sugiere como técnica diagnóstica inicial la punción percutánea con aguja fina, la cual no es universalmente recomendada por el riesgo de contaminar con células tumorales el interior de la cavidad; en el caso de GIST esofágicos, la mayoría son benignos y la biopsia endoscópica conlleva el riesgo de perforación esofágica⁽⁶⁾.

Estadificación: los tumores GIST pueden ser clasificados como de alto o bajo riesgo, en base al tamaño y a la actividad mitótica, elementos que establecen el factor pronóstico. Según la revisión del NCCN⁽⁷⁾, tumores GIST de menos de 2 cm y con un índice mitótico inferior a 5 por campo deben ser considerados como benignos. Las lesiones con un tamaño superior a 2 cm e índice mitótico superior a 5, tiene alto riesgo de recurrencia. Existe un elemento adicional a considerarse, es el sitio de la lesión que podría denotar relación con la recurrencia, es así que los GIST del intestino delgado son más agresivos comparado con tumores del mismo tamaño desarrollados en estómago.

Tratamiento en la enfermedad primaria: en tumores localizados no metastásicos, la cirugía es definitivamente el tratamiento curativo pretendiendo una resección tumoral con márgenes negativos, sin embargo, no mejora el pronóstico una mayor amplitud del margen negativo. La resección en bloque es lo indicado cuando existen órganos adyacentes comprometidos, advirtiéndose que son eventuales las metástasis a linfáticos, situación que debe considerarse si se programa un vaciamiento ganglionar, mismo que no se recomienda. En la enfermedad avanzada, la cirugía paliativa se la realiza si existe sangrado, dolor, efecto de masa u obstrucción. Pacientes con GIST de un tamaño menor a 2 cm, pueden ser tratados endoscópicamente seguido del manejo clínico.

Tratamiento clínico: el desarrollo de inhibidores selectivos de la tirosin kinasa, modificaron las guías de manejo de paciente con GIST. Se recomienda la revisión de las guías del NCCN⁽⁸⁾. Destaca el uso de terapia con imatinib, a dosis de 400 mg VO BID, que mejora la sobrevida del paciente, el tiempo libre de enfermedad y la curabilidad. También se utiliza este fármaco en la enfermedad progresiva, al ser un medicamento bien tolerado y con escasas reacciones adversas.

Resección laparoscópica: la cirugía laparoscópica es beneficiosa en la cirugía oncológica de tumores GIST, debido a que no

existe invasión linfática (la resección no demanda linfadenectomía) y para ser curativa, no están indicados amplios márgenes de seguridad.

El diagnóstico de un tumor de GIST en ocasiones suele ser difícil por lo que, gracias a la laparoscopia se puede, a la vez, establecer el diagnóstico y realizar el tratamiento definitivo, recomendándose evitar la ruptura del tumor y la extracción íntegra de la pieza, en su bolsa. El manejo sigue los protocolos de toda cirugía oncológica.

Conclusión

La frecuencia de los tumores GIST es baja; las implicaciones clínicas y pronósticas están supeditadas al tamaño, ubicación, índice mitótico y comportamiento del tumor. El manejo clínico se basa en inhibidores de la tirosin kinasa, como terapia única en tumores menores a 2 cm o como terapia adyuvante empleada en el preoperatorios. Este tipo de tumores no exige un margen amplio de reseccabilidad; además, la posibilidad de invasión linfática es mínima por lo que no se recomienda realizar una linfadenectomía. La resección laparoscopia es segura. La baja casuística de tumores GIST impide realizar un seguimiento a largo plazo para evaluar la tasa de supervivencia y la evaluación del tratamiento realizado a largo plazo.

Referencias:

- Liegl B, Hornick JL: Contemporary pathology of gastrointestinal stromal tumors. *Hematol Oncol Clin N Am* 2009; 23:49–68.
- Kingham TP, DeMatteo RP: Multidisciplinary treatment of gastrointestinal stromal tumors. *Surg Clin N Am* 2009; 89:217–233.
- Quek R, George S: Gastrointestinal stromal tumor: a clinical overview. *Hematol Oncol Clin N Am* 2009; 23:69–78.
- Chaudhry UI, DeMatteo RP: Management of resectable gastrointestinal stromal tumor. *Hematol Oncol Clin N Am* 2009; 23:79–96.
- Joensuu H, Fletcher Ch: Management of malignant gastrointestinal stromal tumours. *The Lancet Oncology* 2002. 3:.
- NCCN guidelines. Soft Tissue Sarcoma. Version 2. 2011.
- Casali PG, Blay JY: Gastrointestinal stromal tumours: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology* 2010; 21(5):98–102.
- Chandrajit P, Posner M, et al: Surgical management of advanced gastrointestinal stromal tumors after treatment with targeted systemic therapy using kinase inhibitors. *JCO* 2005; 05:3439.
- Gold JS, Gönen M, et al: Development and validation of a prognostic nomogram for recurrence-free survival after complete surgical resection of localized, primary gastrointestinal stromal tumor (GIST): a retrospective analysis. *Lancet Oncol* 2009; 10(11):1045–10.