



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS “GENERAL CALIXTO GARCÍA”
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA GENERAL
JORNADA CIENTÍFICA ESTUDIANTIL
PRESENTACIÓN DE CASO

HEMOPERITONEO POR RUPTURA DE TUMOR DEL ESTROMA
GASTROINTESTINAL EN INTESTINO DELGADO

Seny Elizabeth Pineda Fernández*¹

Leisy Gómez Delgado*²

Tutor: Davel Milian Valdés**

*Estudiante de 5to año de Medicina

**Especialista en Cirugía General. Profesor principal

¹Alumna ayudante de Anestesia y Reanimación

²Alumna ayudante de Medicina Interna

“Año 65 de la Revolución”

La Habana, 2023

RESUMEN

El tumor de estroma gastrointestinal (GIST) a pesar de ser el tumor mesenquimal más frecuente es una entidad rara, que cursa generalmente asintomática. Se presentó caso con diagnóstico de abdomen agudo por posible trombosis mesentérica que durante el transoperatorio reveló un hemoperitoneo por ruptura de GIST de intestino delgado, que se atendió como urgencia médica en el Hospital Universitario "General Calixto García" el 23 de diciembre del 2021. Se trazó como objetivo: demostrar la importancia de conocer y valorar afecciones tan infrecuentes como esta para su correcto diagnóstico. Se concluyó que al ser el GIST una enfermedad inhabitual es difícil que el personal médico piense en él como entidad etiológica de un abdomen agudo.

Palabras clave: Tumor gastrointestinal, abdomen agudo, hemoperitoneo.

Abstract: Gastrointestinal stromal tumor (GIST), despite being the most common mesenchymal tumor, is a rare entity that is generally asymptomatic. A case was presented with a diagnosis of acute abdomen due to possible mesenteric thrombosis that revealed hemoperitoneum due to GIST rupture during the transoperative period, which was treated as a medical emergency at the "General Calixto García" University Hospital on December 23, 2021. The objective was: demonstrating the importance of knowing and assessing conditions as rare as this one for its correct diagnosis. It was concluded that since GIST is an unusual disease, it is difficult for the personal physician to think of it as an etiological entity of an acute abdomen.

Keywords: Gastrointestinal tumor, acute abdomen, hemoperitoneum.

INTRODUCCIÓN

Los Tumores del Estroma Gastrointestinal (denominados por siglas en inglés como GIST: Gastrointestinal Stromal Tumors) son neoplasias mesenquimales de células fusiformes o epitelioides que derivan de las células intersticiales de Cajal. ⁽¹⁾

Representa del 0,1 al 3% de todas las neoplasias intestinales, siendo su localización en orden de frecuencia: estómago (60-70%), intestino delgado (20-30%), recto (5%), esófago, colon y apéndice, con estrecho rango de edad (59 a 64 años). ^(1,2)

Del total de GIST, 70-80 % son benignos. Hallazgos sugerentes de malignidad son: localización extragástrica, tamaño superior a 5 cm, un alto índice mitótico en el estudio histopatológico y la presencia de metástasis hepáticas o peritoneales. Raramente se asocia a adenopatías mesentéricas o retroperitoneales. ⁽²⁾

Su sintomatología consiste en fiebre, saciedad precoz, náuseas, disfagia, distensión y dolor abdominal, ictericia y otros. Una complicación importante, aunque infrecuente de estos tumores, es su ruptura que ocasiona un hemoperitoneo. Hasta un 40% de los pacientes con GIST pueden presentar hemorragia o sangrado a la cavidad abdominal. ⁽³⁾

Antes de 1970 los GIST se consideraban lesiones dependientes del músculo liso, por lo que eran llamados leiomiomas, leiomioblastomas y leiomiosarcomas. Con los estudios de microscopía electrónica se sugirió el origen neural de estos tumores. En 1983 Clark y Mazur reportaron no haber encontrado inmunorreactividad para marcadores de músculo liso ni de origen neural, por lo cual se acuñó el término de tumor estromal. ⁽²⁾

En los años noventa del siglo XX se aceptó tal término cuando se demostró que dichos tumores eran positivos para CD34. Ante la similitud por microscopía electrónica entre los tumores GIST y las células intersticiales de Cajal y su inmunorreactividad para el marcador CD117 se sugirió que los GIST eran dependientes de las células intersticiales de Cajal o de un precursor común. ⁽¹⁾

En el 2002 fue creada por Fletcher una clasificación macroscópica e histológica, que dividía estos tumores en 4 grados de malignidad, con base al riesgo de

aparición de metástasis, clasificando a los tumores del estroma gastrointestinal según el riesgo de malignidad. (1)

En dos décadas, ha pasado de un sarcoma mal definido y resistente a los tratamientos sistémicos convencionales, a un tumor maligno biológica y molecularmente bien caracterizado, que ha permitido además de la cirugía, la utilización de tratamientos dirigidos a dianas moleculares, constituyendo un paradigma en el desarrollo de terapias biológicas en tumores malignos sólidos. (3)

Las mejoras diagnósticas y las estadísticas de este tipo de tumor, simulan un aparente falso incremento de la incidencia, motivado fundamentalmente porque antes del 2000, se utilizaron diferentes categorías taxonómicas para denominar un GIST. No es hasta la tercera edición de la International Classification of Diseases in Oncology (ICD-O), que aparece este término. Por otra parte, el desarrollo de la inmunohistoquímica y la utilización de las diferentes clasificaciones y criterios consensuados, han permitido diagnosticar un grupo de pacientes, que anteriormente eran considerados como benignos (muchos de ellos hoy clasificados como muy bajo y bajo riesgo), y no fueron incluidos en los registros poblacionales de cáncer. (1,3)

Por lo anteriormente expuesto determinar su incidencia ha sido difícil, pero en los últimos años a nivel mundial se han registrado entre 10 y 20 casos por cada millón de personas. En Cuba entre los años 2003 y 2020 se detectaron 354 casos, de ellos, 127 en La Habana, representando un 35,9%. (4)

La resección quirúrgica completa en GIST primarios es considerada el tratamiento de elección. El abordaje intraoperatorio requiere de técnicas quirúrgicas meticulosas a fin de evitar la ruptura del tumor, siendo esto asociado a mal pronóstico. (2)

Problema científico: El GIST a pesar de ser el tumor mesenquimal más frecuente es una entidad rara, que cursa generalmente asintomática, lo que dificulta su diagnóstico y muchas veces se convierte en todo un hallazgo durante la intervención quirúrgica. Es por ello que resulta vital la publicación de este tipo de casos para

ahondar los conocimientos sobre el mismo ayudando al médico a tener en cuenta este tumor, que no por raro deja de existir.

OBJETIVOS

Demostrar la importancia de conocer afecciones tan infrecuentes como el tumor de estroma gastrointestinal para su correcto diagnóstico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Motivo de ingreso: "Dolor abdominal".

Datos generales del paciente

Edad: 58

Sexo: masculino

Color de la piel: negra

Ocupación: actualmente desempleado

Antecedentes Patológicos Personales: Hipertensión arterial diagnosticada hace 15 años, tratada con hidroclorotiazida 1 tab/día, amlodipino ½ tab/12h, espironolactona 1tab/día; trombosis venosa profunda en miembro inferior izquierdo hace 4 años.

Antecedentes Patológicos Familiares: Hipertensión arterial e insuficiencia arterial (madre viva), Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus (padre vivo).

Hábitos Tóxicos: Café (1 taza al día en las mañanas).

Reacción a medicamentos: No refiere.

Transfusión sanguínea previa: No refiere.

Traumatismos: No refiere.

Operaciones: No refiere.

Descripción del Caso.

Paciente masculino de 58 años de edad, que acude al cuerpo de guardia del Hospital General Calixto García el día 23 de diciembre de 2021 a las 11am refiriendo dolor en la región abdominal, que inició en la madrugada (4am) de intensidad moderada, mantenido y que fue incrementándose en el tiempo, de carácter difuso, que se irradiaba a la región lumbar, que no se aliviaba a los cambios de posición. Este dolor se acompañó de náuseas y aumento de volumen de la cavidad abdominal. El familiar (esposa) refiere que mientras se dirigían al centro de salud,

de manera súbita, el paciente presentó pérdida de la conciencia que duró aproximadamente 15 segundos, mientras estaba sentado, que se acompañó de sudor frío y piel pálida; por lo que se decide su ingreso en la sala de observación de cirugía, clasificado como caso urgente.

DATOS POSITIVOS AL INTERROGATORIO POR SISTEMAS

Digestivo: Refiere náuseas, dolor de intensidad moderada, mantenido y que incrementa en el tiempo, de carácter difuso, que se irradia a la región lumbar y que no se alivia a los cambios de posición.

Nervioso: Refiere pérdida de la conciencia de al menos 15 segundos.

DATOS POSITIVOS AL EXAMEN FÍSICO GENERAL:

Paciente normolíneo que deambula con dificultad, facie y marcha características de proceso doloroso abdominal. Guarda decúbito activo indiferente. Temperatura axilar 36,8°C.

DATOS POSITIVOS AL EXAMEN FÍSICO REGIONAL:

Abdomen: a la inspección globuloso, distendido, simétrico, que no sigue los movimientos respiratorios y los golpes de tos provocan dolor, no circulación colateral ni cicatrices. Ruidos hidroaéreos abolidos. Poco depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en todo el abdomen. Dolor al rebote y a la percusión, reacción peritoneal. Matidez declive. Signos positivos: Blumberg, Holman, Wynter.

DATOS POSITIVOS AL EXAMEN FÍSICO POR APARATOS:

Respiratorio: Frecuencia respiratoria: 22x'. Expansibilidad torácica ligeramente disminuida por respiraciones poco profundas que se comprueba mediante maniobras vértice-base.

Cardiovascular: Frecuencia cardiaca: 128x'. Tensión arterial: 110/70mmHg.

Digestivo:

Abdomen: (descrito en examen físico regional).

Región anal: Tacto rectal: doloroso, esfínter hipertónico, abombamiento del saco de Douglas. Ampolla rectal ocupada, no sangre en heces.

Se realizan complementarios de urgencia de laboratorio e imagenológicos. Estos fueron realizados a la 1pm el día 23 de diciembre de 2021.

Laboratorio

Hematocrito: 0.33 l/L
Leucograma con diferencial: $10.5 \times 10^9/L$, polimorfonucleares (PMN): 0.78, leucocitos: 0.22
Grupo y factor: O+
Glicemia: 5mmol/L
Parcial de orina: Albúmina: 30, amilasa: 70
Coagulograma: plaquetas: $225 \times 10^9/L$, tiempo de sangrado: 1min, tiempo de coagulación: 7min, coágulo retráctil.

Ionograma y gasometría:

Na: 139 meq/L
K: 4.1 meq/L
Cl: 103 meq/L
RA: 41 meq/L
Ph: 7.34

PCO₂: 37 mmHg
PO₂: 95 mmHg
EB: -7 meq/L
SB: 18 meq/L
HbO₂: 92%

Imagenología

Ultrasonido abdominal (FAST): (23.12.2021, 2pm) Líquido libre en cavidad de aproximadamente 500ml dividido en los diferentes espacios: fondo de saco de Douglas, parietocólico, Morrison y esplenorrenal. Sin otras alteraciones visibles al método ultrasonográfico: hígado, bazo y riñones sin alteraciones.

Radiografía simple de tórax (23.12.2021, 3pm) No alteraciones pleuropulmonares.

Informe Anatomopatológico

Hospital Clínico-Quirúrgico Hermanos Ameijeiras

Biopsia No. CR2022-560

Biopsia Original: B21-3559

Órgano: Intestino delgado

Fecha de Recepción: 2022-03-02

Fecha de Diagnóstico: 2022-03-09

Material recibido: 5 láminas, 0 bloques

Diagnóstico: Tumor del estroma gastrointestinal GIST de la pared intestinal de posible comportamiento agresivo.

5 mitosis x 50 HPF

IHQ

CD117: positivo

ALFA ACTINA: positivo

CKi67: positivo en menos del 10%

CD31: negativo

Operado: urgencia

Comentario: Tumor fusocelular del estroma gastrointestinal de posible comportamiento agresivo.

Ultrasonido abdominal (5.4.22): No evidencia de lesión en hiato, secundaria, no adenopatías intraabdominales, no líquido en cavidad, barrido abdominal negativo, riñones normales.

Otros datos de interés.

Electrocardiograma: ritmo sinusal, no alteraciones eléctricas relevantes.

Evolución satisfactoria. Egresado: 5 de enero de 2022.

Se anuncia quirófano como trombosis mesentérica. Se realizó laparotomía exploratoria el 23 de diciembre de 2021 a las 6:20pm, durante el transoperatorio se halla sangre abundante en fondo de saco de Douglas, parietocólico, Morrison y esplenorrenal, más tumor de 8cm de diámetro en el ángulo de Treitz, pediculado,

de aspecto cerebroide con vasos de neoformación que invaden pared lateral del asa intestinal y mesenterio (ver imágenes adjuntas). Se realiza resección intestinal de más o menos 10cm que incluye tumoración y anastomosis término terminal (T-T). Se aspiran 450ml de sangre más toilette de cavidad.

Al ocurrir este hallazgo se acuerda volver a discutir el caso, determinándose el síndrome hemorrágico como causa del abdomen agudo y la ruptura del tumor el desencadenante del mismo. Se realiza biopsia de la pieza quirúrgica obtenida y es enviada al departamento de Anatomía Patológica del Hospital Hermanos Ameijeiras.

DISCUSIÓN TOTAL

El GIST en este paciente cursó de forma asintomática hasta su ruptura y posterior hemorragia intraabdominal que dieron signos sugestivos de shock e irritación peritoneal. Este tipo de tumor suele ser muy difícil de detectar y diagnosticar debido a que sus síntomas habitualmente son vagos e inespecíficos, por lo que su descubrimiento se realiza cuando existe un grado de progresión avanzado. Constituye un ejemplo claro de esos casos en los que la infrecuencia los hace pasar desapercibidos ante los ojos galenos y aunque no ocurrió en este caso, muchas veces deja de ser diagnosticado a tiempo para salvar una vida.

CONCLUSIONES

Al ser tan poco frecuente es muy difícil que el personal médico piense en el GIST como entidad etiológica de un abdomen agudo, es por ello que los autores consideran que se le debe otorgar más importancia al estudio de afecciones como esta. La tomografía axial computarizada es la modalidad de imagen de primera elección en el manejo de los pacientes con GIST, en su diagnóstico inicial y estadificación o en la monitorización de la evolución durante y después del tratamiento. Resulta importante el seguimiento de los pacientes para evitar recidivas. En los últimos años han aparecido nuevas terapias, derivadas de las innovaciones en ingeniería molecular, que por su diseño exclusivo dañan directamente a este tipo de tumor; especialmente útiles como tratamiento de apoyo tras la intervención quirúrgica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Toro Vásquez Juan Pablo, Madrid Vélez Jorge Alberto. Tumores del estroma gastrointestinal (GIST): papel del cirujano en la era de la medicina molecular. *latria* [Internet]. septiembre de 2020 [citado el 10 de abril de 2023]; 23(3): 268-277. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932010000300009&lng=en.
2. Izquierdo O, Robaina H, Peña G, Oliva H, González-Blanco Y. Tumor de GIST como causa infrecuente de hemoperitoneo. *Revista Cubana de Cirugía* [Internet]. 2019 [citado 11 de abril de 2023]; 58 (1) Disponible en: <http://www.revcirurgia.sld.cu/index.php/cir/article/view/634>
3. Ma GL, Murphy JD, Martinez ME, Sicklick JK. Epidemiology of gastrointestinal stromal tumors in the era of histology codes: results of a population-based study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2018 [citado 11 de abril de 2023];24:298-302. DOI: <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-14-1002>
4. Rammohan A, Sathyanesan J, Rajendran K, Pitchaimuthu A, Perumal SK, Srinivasan U, et al. A gist of gastrointestinal stromal tumors: a review. *World J Gastrointest Oncol*. 2021 [citado 10 de abril de 2023]; 5:102-12. DOI: <https://doi.org/10.4251/wjgo.v5.i6.102>

BIBLIOGRAFÍAS CONSULTADAS

1. Akahoshi K, Oya M, Koga T, Shiratsuchi Y. Current clinical management of gastrointestinal stromal tumor. *World J Gastroenterol*. 2018;24(26):2806–17. Disponible en: <https://doi.org/10.3748/wjg.v24.i26.2806>
2. Al-Share B, Alloghbi A, Al Hallak MN, Uddin H, Azmi A, Mohammad RM, et al. Gastrointestinal stromal tumor: a review of current and emerging therapies. *Cancer Metastasis Rev*. 2021;40(2):625–41. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10555-02109961-7>
3. Blay JY, Kang YK, Nishida T, von Mehren M. Gastrointestinal stromal tumours. *Nat Rev Dis Primer*. 2021;7(1):1–22. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00254-5>
4. Canelo Alessandra, Llanos Salirrosas Alejandro, López Elver, Mantilla José, Mejía Lucero, Polo Sharon. Tumor del estroma gastrointestinal (GIST) en yeyuno. *Rev. Fac. Med. Hum.* [Internet]. 2023 Ene; 23(1): 138-142. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312023000100138&lng=es. Epub 25-Ene-2023. <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v23i1.5309>.
5. Mantese G. Gastrointestinal stromal tumor: Epidemiology, diagnosis, and treatment. *Curr Opin Gastroenterol*. 2019;35(6):555–9. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/MOG.0000000000000584>
6. Morgan J, Raut C, Duensing A, Keedy V. Clinical presentation, diagnosis, and prognosis of gastrointestinal stromal tumors. *Up To Date*. 2022. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-diagnosis-and-prognosis-of-gastrointestinal-stromal-tumors?search=gist&source=search_result&selectedTitle=1~93&usage_type=default&display_rank=1
7. Parab TM, DeRogatis MJ, Boaz AM, Grasso SA, Issack PS, Duarte DA, et al. Gastrointestinal stromal tumors: A comprehensive review. *J Gastrointest Oncol*. 2019;10(1):144–54. Disponible en: <https://doi.org/10.21037/jgo.2018.08.20>

8. Pinilla-Lizarraga R, Claros-Beltrán N, Mayte-Arze G. Neoplasia Fusocelular - Tumor de Gist: Presentación de un caso. Cuad Hosp Clínicas. diciembre de 2020;61(2):51–7. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1179195>
9. Pulido Jean, Garavito Julian, Franco Laura, Padilla Laura, Cabrera Felipe, Pedraza Mauricio et al . Laparoendoscopic surgery for the treatment of gastrointestinal stromal tumors: A case series. Cir. cir. [revista en la Internet]. 2022; 90(Supl 1): 121-126. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-054X2022000700121&lng=es. Epub 20-Ene-2023. <https://doi.org/10.24875/ciru.21000649>.
10. Saad MK, Hajj IE, Saikaly E. Jejunal gastrointestinal stromal tumor (GIST): a case report presenting as life threatening emergency. Gastrointest Stromal Tumor [Internet]. 20 de noviembre de 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2014.02.004>
11. Soriano-Lorenzo J, Lima-Pérez M, Soriano-García J, Zaldívar-Blanco K, Fleites-Calvo V. Tumores del estroma gastrointestinal. An Fac Med. abril de 2019;80(2):214–21. Disponible en: <https://doi.org/10.15381/anales.802.16418>
12. Turruelles-Ramírez A, Borges-Sánchez E, Ricardo-Martínez D. Tumor de estroma gastrointestinal: a propósito de un caso y revisión de la literatura. MULTIMED [revista en Internet]. 2021; 25 (2) Disponible en: <https://revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/2243>