Hemorragia digestiva alta grave por Gist Yeyunal - Hospital Nacional de Itauguá

Severe upper digestive hemorrhage by Gist Yeyunal - National Hospital of Itauguá

Paredes Rojas, Luz Diana [1,2]; Paniagua Rojas, Sirley Patricia [1,2].
Asesor: Dr. Oscar Iglesias Vera[2]

Reporte de Caso

Resumen

El Tumor del Estroma Gastrointestinal es una neoplasia que afecta a pacientes mayores de 50 años. Son frecuentes en el tracto gastrointestinal. Se diagnostica con la búsqueda de CD-117 en la inmunohistoquímica. La presentación clínica va de asintomáticos a sintomáticos. Este trabajo presenta un caso de GIST yeyunal manifestado por un episodio de hemorragia digestiva alta.

Paciente con cuadro de deposiciones negruzcas, de 48 horas de evolución, en varias oportunidades. Acompañan vómito sanguinolento en una oportunidad; dolor abdominal, intenso, tipo puntada en flanco izquierdo, que irradia a todo el abdomen. Examen físico: heces negruzcas al tacto rectal. Estudios laboratoriales: GB:10.800 N:85%, Hb:3 y Hto:9.8. Ecografía abdominal: formación nodular delimitada en flanco izquierdo. Operación: Al 4°DDI, laparotomía exploradora, resección yeyunal, anastomosis termino-terminal. Anatomía Patológica: neoplasia mesenquimal de células fusiformes, dx diferencial GIST. Inmunohistoquímica: GIST, CD-117 c-KIT positivo

Palabras clave: Gist yeyunal, HDA, tumor, inmunohistoquímica.

Abstract

Gastrointestinal Stromal Tumor is a neoplasm that affects patients over 50 years of age. They are common in the gastrointestinal tract. It is diagnosed by searching for CD-117 in immunohistochemistry. The clinical presentation ranges from asymptomatic to symptomatic. This work presents a case of jejunal GIST manifested by an episode of upper gastrointestinal bleeding.

Patient with a picture of blackish stools, of 48 hours of evolution, on several occasions. They accompany bloody vomit on one occasion; Severe, stitch-like abdominal pain in the left flank, radiating to the entire abdomen. Physical exam: stools blackish on rectal examination. Laboratory studies: GB: 10,800 N: 85%, Hb: 3 and Hto: 9.8. Abdominal ultrasound: delimited nodular formation on the left flank. Operation: At the 4th DDI, exploratory laparotomy, jejunal resection, end-to-end anastomosis. Pathology: spindle cell mesenchymal neoplasia, GIST differential dx. Immunohistochemistry: GIST, CD-117 c-KIT positive

Key words: Jejunal gist, HDH, tumor, immunohistochemistry.

[1] Carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Santa Clara de Asís, Caaguazú, Paraguay.

[2] Sociedad Científica de Estudiantes de medicina de la Universidad Santa Clara de Asís "SOCIEM USCA"

[3] Cirujano General, Universidad Católica de Asunción, Paraguay.

Autor corresponsal: Luz Diana Paredes Rojas. **E-mail:** kukiparedes_17@hotmail.com

Introducción

Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son neoplasias mesenquimatosas del tracto gastrointestinal que se originan en las células intersticiales de Cajal; presentan una arquitectura biogénica y neurogénica localizada en el plexo mientérico, submucosa y muscular, propia del tracto gastrointestinal. Fueron descritos por primera vez por Mazur y Clark en 1983, definiéndolos como neoplasias no epiteliales del tracto gastrointestinal[1]. Expresan la proteína KIT (*c-kit*), tienen reacción inmunohistoquímica positiva para CD117 y portan una mutación del gene que codifica el receptor tipo III de la tirosina-kinasa[2]. Son habitualmente tumores solitarios que se desarrollan en el estómago (50-60%), duodeno, yeyuno e íleon (25-30%), colon y recto (5-10%), esófago (5%) y otras localizaciones intra-abdominales (<1%)[3].

El origen del sangrado se debe a la ulceración de la mucosa y de la submucosa que no necesariamente es secundaria a infiltración tumoral[4]. Partiendo de este punto, se debe de tener en cuenta que la hemorragia digestiva alta (HDA) se define como "toda pérdida hemática de cuantía suficiente como para producir hematemesis, melena o ambas, cuyo origen se encuentra entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz"[5]. Es aquí donde este caso presenta su peculiaridad, ya que a pesar de no encontrarse entre los límites de una HDA, la clínica que presenta indica a no dudar de la misma.

En la actualidad para hacer la evaluación básica de la etiología, el tratamiento y el pronóstico de un paciente con hemorragia digestiva alta, es necesario contar con la realización al ingreso de una panendoscopia oral[6]. Entre las causas más frecuentes que se han encontrado de hemorragia digestiva alta en estudios multicéntricos internacionales y nacionales se encuentran la úlcera péptica, gastritis erosivas, várices esofágicas, esofagitis, tumores del estómago y esófago, traumatismos y el síndrome de Mallory-Weiss.[7]

Caso Clínico

Se presenta el caso de paciente de sexo femenino de 57 años de edad, residente de Ypacaraí, remitida de otro centro asistencial al Servicio de Urgencia, por cuadro de deposiciones negruzcas, de 48 horas de evolución, moderada cantidad, en cinco oportunidades. Al cuadro acompañan vómitos de contenido sanguinolento en una oportunidad, moderada cantidad; y dolor abdominal, intenso, tipo puntada, localizado en flanco izquierdo, sin atenuantes, que más tarde se irradia a todo el abdomen. Además, manifiesta mareos, visión borrosa y lipotimia. Niega cuadros similares anteriores. Como patología de base refiere ser hipertensa conocida en tratamiento irregular con ARA II (losartán).

Al ingreso se observa paciente hemodinámicamente inestable a expensas de taquicardia, resto de signos vitales dentro del rango normal, facies pálida. Al examen físico de la región afectada se encuentra un abdomen globuloso, asimétrico a expensas de una cicatriz de tipo Pfannenstiel, blando, depresible, difusamente sensible y doloroso a la palpación, sin signos de resistencia ni irritación, RHA presentes. Al tacto rectal se constata heces negruzcas. Exploración general conservada. Se le practican estudios laboratoriales cuyos resultados relevantes fueron los siguientes: Glóbulos Blancos: 10.800; Neutrófilos: 85%; Hemoglobina: 3; Hematocrito: 9.8. Resto de estudios dentro de los parámetros normales.

La paciente fue complejizada precisándose 5 volúmenes de GRC para tal efecto. Se indica Endoscopia Digestiva Alta, más ecografía de abdomen. La EDA se realiza sin hallazgos de valor, y la Ecografía abdominal revela una formación nodular bien delimitada en flanco izquierdo. Al cuarto día de ingreso se indica cirugía exploratoria de abdomen en la que se constata tumoración en borde antimesentérico (Figura 1), a 40 cm del asa fija, además de sangre en el íleon y en marco colónico.

Diagnóstico preoperatorio: Hemorragia digestiva de origen a determinar.

Operación propuesta: Laparotomía exploradora.

Diagnóstico posoperatorio: Hemorragia digestiva alta por tumor del intestino delgado.



Figura 1. *Tumor del estroma gastrointestinal re seccionado del yeyuno*

Operación realizada. Laparotomía exploradora con resección yeyunal y posterior anastomosis termino terminal, en un solo plano.

El tejido extirpado fue llevado a anatomía patológica para su análisis, el reporte comunica neoplasia mesenquimal de células fusiformes, índice mitótico cero, y presenta diagnóstico diferencial GIST o Leiomioma. La Inmunohistoquímica confirma tumor del Estroma Gastrointestinal con CD-117 c-KIT positivo.

La Inmunohistoquímica con c-kit de la pieza hace el diagnóstico definitivo. El tratamiento fue quirúrgico en el Hospital Nacional de Itauguá con márgenes de resección de 2 a 4 cm. La paciente evolucionó favorablemente y se indica alta médica al sexto día posoperatorio tras evaluación final.

Discusión

Los tumores del estroma gastrointestinal son tumores infrecuentes que representan no más allá del 0,3% de todas las neoplasias gastrointestinales, siendo sin embargo, la neoplasia no epitelial más frecuente del tubo digestivo. Dado su origen en las células intersticiales de Cajal pueden afectar cualquier segmento del tracto gastro-intestinal, verificando en nuestra serie al igual que otros autores que estómago e intestino delgado son los órganos más frecuentemente comprometidos, representando en conjunto el 80% de los casos8. Los GIST múltiples se encuentran con frecuencia en ciertas condiciones clínicas como la neurofibromatosis tipo I y la triada de Carney, entre otras[3,9]. Sin embargo, los GIST múltiples primarios esporádicos constituyen un escenario clínico menos común. El presente caso, ilustra algunas de las características de los GIST primarios esporádicos, como la presentación con una complicación aguda del tumor[2,3]. Cuando son pequeños, habitualmente no producen síntomas y permanecen sin ser diagnosticados o se les reconoce incidentalmente durante alguna cirugía por otra causa o como hallazgo en estudios endoscópicos o radiológicos[10].

Cualquier parte del tracto gastrointestinal puede ser afectada, siendo la localización gástrica la más frecuente, la localización intestinal le siguen en frecuencia y su mayor afección es el íleon distal, como la presentación de este caso en estudio, se la considera una causa rara de intususcepción del intestino delgado, pero representa la principal forma de esta lesión en el intestino delgado, por lo general suele ser asintomático, los principales diagnósticos diferenciales deben establecerse con los pólipos fibroides inflamatorios, angiosarcoma, sarcoma de Kaposi, la gastroenteritis eosinofílica, otros tumores benignos mesenquimatosos, las infecciones parasitarias y el tumor miofibroblástico inflamatorio[11]. Aun cuando la disponibilidad de estudios de imagen suele ser limitada, la TC es el estudio de elección en pacientes con sospecha de GIST[12].

En la actualidad, el pronóstico de los pacientes se estratifica mediante un sistema de clasificación basado en el tamaño tumoral y el índice mitótico descrito por Fletcher el año 2002[13]. De todas formas estos resultados deben ser valorados con cautela: estas series se centran en GIST gástricos, de mejor pronóstico que los extragástricos, existiendo además un sesgo de selección[14].

Agradecimiento

Las autoras expresan su gratitud al Dr. Oscar Iglesias por su gran e imprescindible aporte para la realización del presente reporte de caso.

Referencias bibliográficas

1. Bahena-Aponte J, González Contreras HQ, Mercado-Díaz MA, Lavenant Borja MI. Hemorragia de tubo digestivo alto como presentación inicial de tumor del estroma gastrointestinal a nivel del yeyuno proximal. Reporte de caso. Med Sur. 2011; 18(2):60-63. Disponible en: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=42009.

2. Beltrán MA, Vicencio A, Barra M, Contreras MA, Wilson CS, Cruces KS. Surgical outcomes of gastrointestinal stromal tumors (GIST). Rev Chil Cir. 2011; 63(3): 290-296. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262011000300009&lng=es.

3. Díaz-Delgado M, Hernández-Amate A, Sánchez-León M, Pereira-Gallardo S, Prieto-Sánchez E, Jiménez-Sáenz M, et al. Multiple non-metastatic gastrointestinal stromal tumors. Differential features. Rev Esp Enferm Dig 2010; 102: 489-97.

4. Bannura G, Cornejo V. Hemorragia digestiva baja recurrente secundaria a GIST de yeyuno. Rev Chil Cir. 2011; 63(6): 631-634. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pi-

d=S0718-40262011000600015&lng=es.

5. Rodríguez Fernández Z, Acosta González D, Fong Estrada J, Pagés Gómez O. Conducta ante la hemorragia digestiva alta por úlcera gastroduodenal en el anciano: consideraciones actuales. Rev Cubana Cir. 2010; 49(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932010000100011&lng=es.

6. Sonnenberg A, Amorosi SL, Lacey MJ, Lieberman DA. Patterns of endoscopy in the United States: Analysis of data from the Center for Medicare and Medicaid services and the National Endoscopic Database. Gastrointest Endosc. 2008; 67(3):489-96.

7. Almeida Varela R, Pérez Suárez F, Díaz Elías JO, Martínez Hernández JA. Comportamiento de la hemorragia digestiva alta en el Hospital Universitario «Calixto García». Rev Cubana Cir. 2011; 50(1): 40-53. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932011000100004&lng=es.

8. Tapia O, Roa JC. Tumores del Estroma Gastrointestinal (GIST): Características Clinico-Morfológicas y Perfil Inmunohistoquímico. Int. J. Morphol. 2011; 29(1):244-251. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022011000100041&lng=es.

9. Beltrán MA, Barría C, Contreras MA, Wilson CS, Cruces KS. Tumor del estroma gastrointestinal (GIST) en una paciente con Neurofribromatosis tipo I. Rev Med Chile 2009; 137:1201-1204.

10. Beltrán MA, Pujado B, Méndez PE, González FJ, Margulis DI, Contreras MA, et al. Gastric gastrointestinal stromal tumor (GIST) incidentally found and resected during laparoscopic sleeve gastrectomy. Obes Surg. 2010; 20: 393-396.

11. Pintos Fernández PM, Ramírez Sotomayor J, González MG, Berdejo Figueredo DM. Intestinal intussusception due to an inflammatory fibroid polyp (vanek tumor). Rev. Nac. (Itauguá) 2017; 9(2): 77-83. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2072-81742017000200077&lng=en.

12. Ramos Socarrás AE, Vallés Gamboa ME, Rodríguez Núñez JR, Neyra Rodríguez CM, Vargas FA. Tumor del estroma gastrointestinal. Rev. gastroenterol. 2014; 34(3): 237-241. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292014000300009&lng=es.

13. Fletcher CDM. Berman JJ, Corless C, et al. Diagnosis of gastrointestinal stromal tumors: A consensus approach. HumPathol 2002;(33): 459-465.

14. Fernández JA, Sánchez ME, Parrilla P. Controversias en el tratamiento quirúrgico de los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) primarios. CIRESP; 2010; 88(2):69–80.