

NEOPLASIA DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL EN MUJER POSTMENOPÁUSICA: REPORTE DE CASO

GASTROINTESTINAL STROMAL NEOPLASM IN POSTMENOPAUSAL WOMAN: CASE REPORT

 Eddar Llontop^{1,a},  Alfonso Merino^{1,a,b},  Aaron J. Vilca^{1,c}

RESUMEN

Los tumores del estroma gastrointestinal son los tumores mesenquimales más frecuentes que pueden originarse en el tracto digestivo y son más comunes en el estómago. Suele representar solo del 0,1% a 3% de las tumoraciones gastrointestinales, aproximadamente el 10% a 30% son clínicamente neoplasias malignas. Presentación del caso: Paciente mujer de 66 años, cuenta con los antecedentes médicos de hipertensión arterial, arritmia cardíaca y glaucoma; ingresa por emergencia se le realiza endoscopia digestiva alta, hallándose signos de hemorragia digestiva alta reciente y probable lesión proliferativa infiltrante pancreática. 3 días después del ingreso a emergencia se le realiza una tomografía de abdomen donde se identifica gran masa solida heterogénea. La paciente se sometió a resección en bloque de la masa, (páncreas, bazo y porción gástrica). La histopatología de la muestra extirpada fue congruente con un tumor del estroma gastrointestinal del estómago (positivo para CD 117) de alto riesgo. Conclusión: Los GIST gigantes son raros. La extirpación quirúrgica con intención curativa es viable; se debe estudiar bien al paciente para determinar su resecabilidad.

Palabras clave: GIST, Tumor del estroma gastrointestinal, Páncreas.

ABSTRACT

Gastrointestinal stromal tumors (GIST) are the most common mesenchymal tumors that can originate in the digestive tract and are most common in the stomach. Typically accounting for only 0.1% to 3% of gastrointestinal tumors, approximately 10% to 30% are clinically malignant neoplasms. Case presentation: A 66-year-old female patient has a medical history of high blood pressure, cardiac arrhythmia and glaucoma; He was admitted as an emergency and underwent an upper gastrointestinal endoscopy, revealing signs of recent upper gastrointestinal bleeding and a probable pancreatic infiltrating proliferative lesion. 3 days after admission to the emergency room, an abdominal CT scan was performed where a large heterogeneous solid mass was identified. The patient underwent in bloc resection of the mass (pancreas, spleen and gastric portion). Histopathology of the excised specimen was consistent with a high- risk gastrointestinal stromal tumor of the stomach (positive for CD 117). Conclusion: Giant GISTs are rare. Surgical removal with curative intent is feasible; The patient must be studied well to determine resectability.

Key words: GIST, Gastrointestinal stromal tumor, Pancreas.

INTRODUCCIÓN

La postmenopausia es la etapa que sigue a la menopausia, la cual se define como el cese permanente de la función ovárica y la menstruación, generalmente diagnosticada después de 12 meses consecutivos de amenorrea⁽¹⁾. Durante esta etapa, el riesgo de ciertos tipos de cáncer puede aumentar debido a cambios hormonales y otros factores de riesgo asociados con el envejecimiento y el síndrome metabólico⁽²⁾.

Es por ello que es importante durante esta etapa reconocer las distintas patologías oncológicas, entre ellas los tumores del estroma gastrointestinal

(GIST). Siendo estos los tumores mesenquimales más frecuentes del tracto digestivo presentándose en el estómago, intestino delgado, colon, recto y el apéndice⁽²⁻⁴⁾. Cabe recalcar que los GIST representan entre el 0,1% y el 3% de las neoplasias del tracto digestivo, con una incidencia de 10 a 20 casos por cada millón de personas; de los cuales 10% y el 30% de estos tumores son clínicamente malignos^(5,6).

Por otro lado, en cuanto a su origen histológico se atribuye a las células intersticiales de Cajal, y su análisis inmunohistoquímico muestra positividad para los marcadores CD117, PDGFRA y DOG-1^(7,8).

¹ Departamento de Cirugía, Unidad de Vías Biliares, Hígado y Páncreas del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima-Peru.

^a Médico Cirujano especialista en Cirugía General.

^b Jefe del Departamento de Cirugía General del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima-Perú.

^c Médico Cirujano Residente 3er año de Cirugía General.

Citar como: Llontop E., Merino A., Vilca A. Neoplasia del Estroma Gastrointestinal en mujer postmenopáusica: reporte de caso. Rev Peru Investig Matern Perinat. 2024; 13(4): 37-42. DOI: <https://doi.org/10.33421/inmp.2024436>

Presentamos el caso de una tumoración gigante y compleja con compromiso de páncreas y bazo, asociada a un GIST gástrico de alto riesgo y evolución atípica, complementando el análisis con una revisión de la literatura^(9,10).

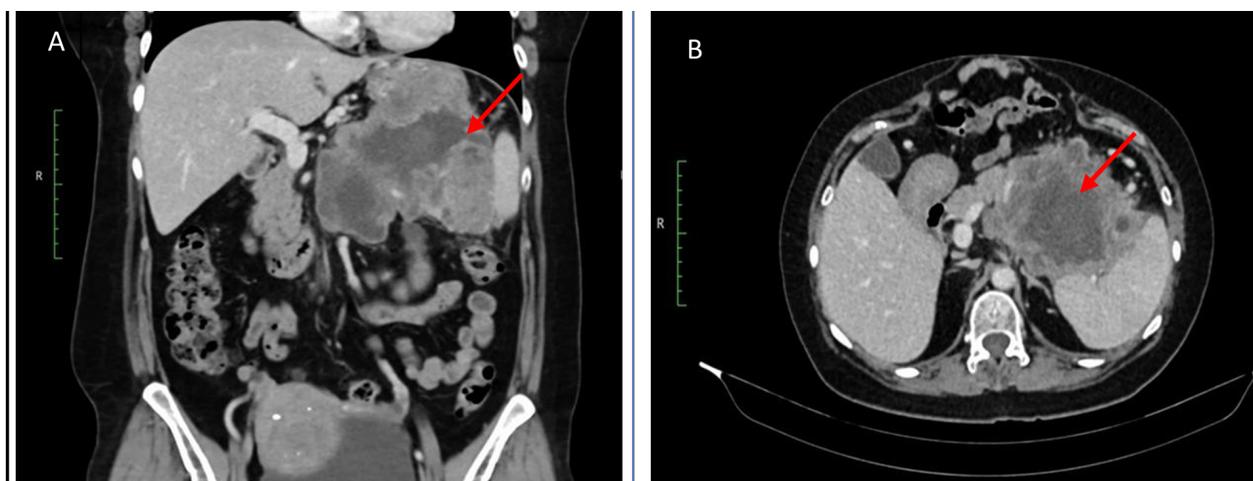
PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 66 años con antecedentes de hipertensión arterial, arritmia cardíaca y glaucoma. A los 63 años se le realizó una laparotomía exploratoria con gastrostomía y rafia gástrica debido a una perforación gástrica por pancreatitis aguda necrotizante, seguida de cinco sesiones de necrosectomía pancreática endoscópica.

Un mes antes del ingreso, presentó dolor abdominal urente en epigastrio con una escala visual analógica

(EVA) de 6/10, irradiado hacia la zona lumbar. Posteriormente, el dolor progresó a una distribución difusa asociado a náuseas, hiporexia y sensación de llenura precoz. Fue ingresada por emergencia debido a náuseas y vómitos con coágulos (aproximadamente 500 cc), negando melena.

Al ingreso se realizó una endoscopia que mostró signos de hemorragia digestiva alta reciente y una probable lesión proliferativa infiltrante pancreática. Al tercer día del ingreso, se realiza una tomografía abdominal donde se identificó una masa sólida heterogénea con realce tras la administración de contraste, asociada a adenopatías a nivel de la curvatura menor gástrica y escaso líquido perirrenal izquierdo, sugiriendo un origen pancreático del cual infiltró el estómago (Figura 1).



TAC: Tomografía axial computarizada

Figura 1. TAC de abdomen. Imagen A: corte coronal y B: transversal, flechas muestran masa sólida heterogénea asociada a adenopatías a nivel de curvatura menor gástrica, sugerentes dependientes de páncreas.

Se realizó una biopsia a partir de la endoscopia realizada enviando el estudio a anatomía patológica del cual concluye la presencia de mucosa gástrica ulcerada con cambios regenerativos en el epitelio de superficie, además de tres nódulos submucosos de aspecto estromal, compuestos por células fusiformes con leve atipia nuclear y sin evidencia de mitosis. El nódulo de mayor tamaño (4 mm) se envió a inmunohistoquímica para la definición de su fenotipo (Figura 3).

Tras los resultados, la paciente fue transferida al servicio de Cirugía General, Unidad de hígado y vías biliares, donde la junta médica del servicio decide realizar una intervención quirúrgica y se programó una laparotomía exploratoria con pancreatectomía distal.

Durante el procedimiento, al ingresar a la cavidad abdominal, se procedió a la liberación de adherencias firmes entre el epiplón mayor y el peritoneo parietal. Posteriormente, se disecó la fascia de Toldt hasta

alcanzar el ángulo esplénico del colon. Se realizó la apertura del ligamento gastrocólico para acceder a la transcavidad de los epiplones, donde se identificó una gran tumoración que comprometía el cuerpo y la cola del páncreas, con infiltración al bazo y a la curvatura mayor del estómago.

Se procedió a liberar el páncreas en su límite entre la cabeza y el cuerpo para seccionarlo con sutura lineal de 75 mm. Posteriormente, se realizó la disección de la tumoración en su adherencia al polo renal izquierdo, asegurando una adecuada separación. La infiltración en la curvatura mayor del estómago requirió una sección vertical con sutura lineal de 80 mm. Finalmente, se liberaron los ligamentos gastroesplénico y esplenorrenal, logrando la extracción completa de la pieza tumoral, la cual comprometía el páncreas (cuerpo y cola) y el bazo (Figura 2).

Durante la cirugía se evidenció que era de tipo compleja en el páncreas, con compromiso del estómago y el

bazo. Del cual, a la resección, se evidenció una masa tumoral de 14 cm de longitud, 11 cm de ancho y 8 cm de profundidad, con bordes irregulares y consistencia indurada, presentando las siguientes características:



Figura 2. Pieza quirúrgica (borde gástrico, cuerpo y cola de páncreas, bazo).

En el estómago, se identificó un rodete de pared gástrica de 8x7 cm adherido a la superficie tumoral, el cual protruye, empuja y ulcera la mucosa. En los cortes seriados, la tumoración mostró bordes mal delimitados, una superficie de corte sólida y blanquecina, con áreas hemorrágicas y un centro cavitado de aspecto necrótico con zonas grisáceas de apariencia abscedada. La distancia entre la tumoración y el borde quirúrgico del rodete gástrico fue de 0,1 cm.

En el páncreas, el remanente del parénquima pancreático estaba adherido a la tumoración y delimitado por el borde quirúrgico sujeto por clamps. En los cortes seriados, se observó que el tumor empujaba el parénquima sin reconocer una pseudocápsula. La distancia entre la tumoración y el borde quirúrgico pancreático más cercano fue de 0,3 cm.

En el bazo, se evidenció una coloración vinoso-violácea con adherencia tumoral a través del hilio esplénico. En los cortes seriados, la tumoración desplazaba el

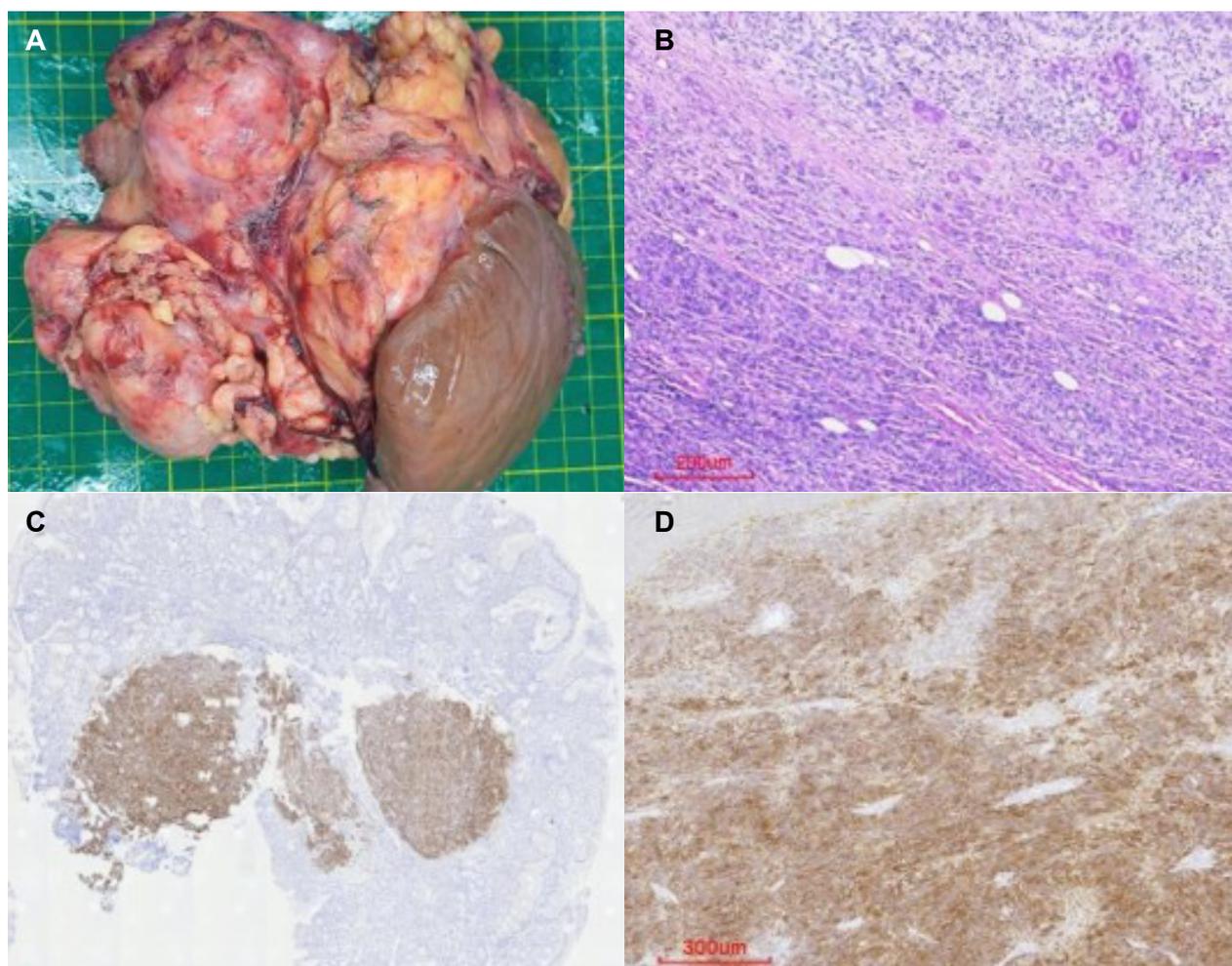


Figura 3. Imagen A: tumoración que mide 14x11x8cm; B: En la región superior derecha Neoplasia mesenquimal de células de aspecto fusocelular, que infiltra el parénquima pancreático, y deja atrapados algunos ácidos pancreáticos dentro de la Neoplasia; C y D: Inmunohistoquímica positiva KIT o CD117.

parénquima esplénico y estaba separada por una fina pseudocápsula, sin evidencia macroscópica de infiltración. El resto del parénquima esplénico mostró una superficie de corte homogénea y vinosa.

El análisis microscópico confirmó la presencia de un GIST de tipo mixto, con un tamaño de 14x11x8 cm y un índice mitótico de 15 mitosis en 50 campos de alto poder. Se clasificó como grado histológico C2, con necrosis presente en el 30% del espécimen y una valoración de alto riesgo (Figura 3).

Posterior a ello, la paciente recibió tolerancia oral al 1er día postoperada (POD). Asimismo, la evaluación laboratorial en el postoperatorio evidencio que la glucosa y la amilasa sérica se encontraron dentro del rango esperado. Finalmente, La paciente fue dada de alta al quinto POD, con dren, sin ninguna eventual complicación.

DISCUSIÓN Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

El estudio de los GIST ha ganado gran importancia en los últimos años debido a su comportamiento clínico impredecible y su potencial maligno. A través del análisis de esta experiencia clínica, se busca profundizar en los retos asociados con su detección temprana, la precisión en la caracterización histopatológica y la implementación de estrategias terapéuticas óptimas para mejorar el pronóstico y la calidad de vida del paciente.

Los GIST son neoplasias mesenquimales raras que, aunque predominan en el estómago (60%) y el intestino delgado (30%), pueden manifestarse en localizaciones inusuales, generando desafíos diagnósticos y terapéuticos^(9,10). El presente caso destaca una presentación atípica de un GIST de alto riesgo con compromiso pancreático y esplénico, lo que evidencia la necesidad de un enfoque multidisciplinario para su adecuada evaluación y manejo.

La sintomatología de estos tumores depende de su ubicación y tamaño, incluyendo dolor abdominal, fatiga, saciedad precoz, anorexia, náuseas, pérdida de peso y obstrucción intestinal⁽¹¹⁾. En el caso de la paciente, de 66 años, presentó una evolución clínica progresiva con síntomas inespecíficos, lo que retrasó su detección y resalta la importancia del reconocimiento temprano en poblaciones vulnerables⁽⁵⁾. Además, si bien más del 90% de los casos de GIST ocurren en adultos mayores de 40 años, pueden manifestarse en cualquier grupo etario, incluidos los infantes^(12,13).

Por otro lado, su curso clínico suele ser silente hasta alcanzar un tamaño considerable, lo que dificulta su identificación y retrasa un tratamiento oportuno^(12,13). En este caso, la masa tumoral se presentó con una localización poco común, extendiéndose hacia el

páncreas y el bazo, lo que aumentó la dificultad en el diagnóstico. Además, su tamaño, de 14x11x8 cm, lo clasificó como un GIST gigante, definidos como aquellos que superan los 10 cm⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Desde el punto de vista quirúrgico, la resección en bloque fue la estrategia adoptada, logrando la extirpación completa del tumor con bordes negativos. Este abordaje se alinea con lo reportado en la literatura, donde la resección completa sin fragmentación es el factor pronóstico más relevante para reducir la recurrencia tumoral. Sin embargo, el reto en este caso radicó en la complejidad de la disección, dada la infiltración tumoral al páncreas y bazo, lo que requirió una pancreatometomía distal y esplenectomía, un manejo poco frecuente pero necesario en contextos similares⁽¹⁷⁾.

Comparativamente, Gerrish et al. describieron un caso de GIST gástrico en una paciente de 38 años con un tumor de menor tamaño y bajo índice mitótico, en el que la resección fue menos agresiva, evitando la pancreatometomía⁽¹⁴⁾. Esta diferencia recalca la heterogeneidad de los GISTs y la influencia del tamaño tumoral y el índice mitótico en la toma de decisiones quirúrgicas, como es el caso del caso, donde se presentó un índice mitótico de 15 mitosis por 50 campos de alto poder, acompañado de un 30% de necrosis, lo que la categorizó dentro del grupo de alto riesgo⁽¹⁸⁾.

Por otro lado, en relación al diagnóstico definitivo, este se establece través de estudios inmunohistoquímicos, siendo la proteína CD117 (c-Kit) el marcador más relevante, positivo en aproximadamente el 95% de los casos⁽¹⁹⁻²¹⁾. En este paciente, la confirmación se obtuvo mediante inmunohistoquímica, lo que permitió diferenciarlo de otras neoplasias pancreáticas y consolidar el diagnóstico.

Además, en la serie de Liu et al., se documentó un caso de GIST pancreático primario en un paciente más joven, donde el abordaje incluyó resección limitada y terapia adyuvante con imatinib, dada la presencia de mutaciones en KIT⁽²²⁾. En nuestro caso, aunque no se documentó enfermedad metastásica en el postoperatorio inmediato, la utilización de imatinib será fundamental en el seguimiento para reducir el riesgo de recurrencia⁽⁸⁾.

Este caso subraya la relevancia de incluir los GISTs en el diagnóstico diferencial de masas retroperitoneales con afectación pancreática y esplénica, especialmente en mujeres postmenopáusicas con sintomatología inespecífica. La complejidad del abordaje quirúrgico requiere un enfoque individualizado, priorizando la resección completa cuando sea factible y complementándolo con terapia adyuvante en casos de alto riesgo para mejorar el pronóstico y reducir la

recurrencia. Finalmente, se obtuvo el consentimiento informado de la paciente, lo que permite la difusión responsable del caso y refuerza el compromiso con la ética en la investigación clínica.

CONCLUSIONES

Los GIST gigantes son un tipo de patología poco frecuente, que presenta un alto nivel de malignidad. Las localizaciones del tracto gastrointestinal más frecuentemente repercutidas son en primer lugar el estómago (60%) y segundo el intestino delgado (30%)^(8,9). La gran mayoría de los GIST se presentan sin síntomas, hasta que logren un mayor tamaño⁽¹⁰⁾. El marcador diagnóstico de mayor utilidad para los GIST es la proteína CD117, que se detecta inmunohistoquímicamente en una su mayoría el cual es el 95% de los GIST. Todo ello nos ayuda a visualizar el pronóstico y dar un tratamiento quirúrgico más adecuado en las tumoraciones de alto riesgo.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

DECLARACIÓN DE ÉTICA

Los autores cuentan con el consentimiento informado del paciente, quien autorizó la publicación de este caso.

BIBLIOGRAFÍA

- Rao SS, Singh M, Parkar M, Sugumaran R. Health maintenance for postmenopausal women. *Am Fam Physician*. 2008;78(5):583–91.
- Kase NG, Gretz Friedman E, Brodman M, Kang C, Gallagher EJ, LeRoith D. The midlife transition and the risk of cardiovascular disease and cancer Part I: magnitude and mechanisms. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;223(6):820–33. doi:10.1016/j.ajog.2020.05.051
- Frankel TL, Chang AE, Wong SL. Surgical options for localized and advanced gastrointestinal stromal tumors. *J Surg Oncol*. 2011;104(8):882–7. doi:10.1002/jso.21892
- Aziret M, Çetinküner S, Aktaş E, İrkörücü O, Bali İ, Erdem H. Pancreatic Gastrointestinal Stromal Tumor after Upper Gastrointestinal Hemorrhage and Performance of Whipple Procedure: A Case Report and Literature Review. *Am J Case Rep*. 2015;16:509–13. doi:10.12659/AJCR.893803
- Akahoshi K, Oya M, Koga T, Shiratsuchi Y. Current clinical management of gastrointestinal stromal tumor. *World J Gastroenterol*. 2018;24(26):2806–17. doi:10.3748/wjg.v24.i26.2806
- Akbulut S, Yavuz R, Otan E, Hatipoglu S. Pancreatic extragastrointestinal stromal tumor: A case report and comprehensive literature review. *World J Gastrointest Surg*. 2014;6(9):175–82. doi:10.4240/wjgs.v6.i9.175
- Rubin BP. Gastrointestinal stromal tumours: an update. *Histopathology*. 2006;48(1):83–96. doi:10.1111/j.1365-2559.2005.02291.x
- Reichardt P. The Story of Imatinib in GIST - a Journey through the Development of a Targeted Therapy. *Oncol Res Treat*. 2018;41(7–8):472–7. doi:10.1159/000487511
- Rammohan A, Sathyanesan J, Rajendran K, Pitchaimuthu A, Perumal S-K, Srinivasan U, et al. A gist of gastrointestinal stromal tumors: A review. *World J Gastrointest Oncol*. 2013;5(6):102–12. doi:10.4251/wjgo.v5.i6.102
- Soriano-Lorenzo J, Lima-Pérez M, Soriano-García J, Zaldívar-Blanco K, Fleites-Calvo V. Tumores del estroma gastrointestinal. *An Fac Med*. 2019;80(2):214–21. doi:10.15381/anales.802.16418
- Zhao X, Yue C. Gastrointestinal stromal tumor. *J Gastrointest Oncol*. 2012;3(3):189–208. doi:10.3978/j.issn.2078-6891.2012.031
- Stamatakis M, Douzinas E, Stefanaki C, Safioleas P, Polyzou E, Levidou G, et al. Gastrointestinal stromal tumor. *World J Surg Oncol*. 2009;7:61. doi:10.1186/1477-7819-7-61
- Sorour MA, Kassem MI, Ghazal AE-HA, El-Riwini MT, Abu Nasr A. Gastrointestinal stromal tumors (GIST) related emergencies. *Int J Surg Lond Engl*. 2014;12(4):269–80. doi:10.1016/j.ijsu.2014.02.004
- Gerrish ST, Smith JW. Gastrointestinal stromal tumors-diagnosis and management: a brief review. *Ochsner J*. 2008;8(4):197–204.
- Giuliani J, Bonetti A. The Occurrence of Gastrointestinal Stromal Tumors and Second Malignancies. *J Gastrointest Cancer*. 2015;46(4):408–12. doi:10.1007/s12029-015-9759-3
- Dickhoff C, Leguit RJ, Slors JFM, Vervenne WL, Bemelman WA. Giant rectal gastrointestinal stromal tumors: a report of two cases. *Case Rep Gastroenterol*. 2008;2(1):54–69. doi:10.1159/000119317
- Salari M, Ahadi M, Hoseini SM, Mokhtari E, Gafarzadehgan K, Hashemian HR, et al. Gastrointestinal Stromal Tumors in Northeastern Iran: 46 Cases During 2003-2012. *Middle East J Dig Dis*. 2015;7:161–5.
- Zhao W-Y, Xu J, Wang M, Zhang Z-Z, Tu L, Wang C-J, et al. Evaluation of high-risk clinicopathological indicators in gastrointestinal stromal tumors for prognosis and imatinib treatment outcome. *BMC Gastroenterol*. 2014;14(1):105. doi:10.1186/1471-230X-14-105
- Schaefer I-M, DeMatteo RP, Serrano C. The GIST of Advances in Treatment of Advanced Gastrointestinal Stromal Tumor. *Am Soc Clin Oncol Educ Book Am Soc Clin Oncol Annu Meet*. 2022;42:1–15. doi:10.1200/EDBK_351231

20. Melo Peñaloza M, Williamson D, Vargas, Lady. Tumor GIST grande en estómago: hallazgo incidental posterior a laparotomía. Presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev Colomb Gastroenterol. 2014;29(1):63–8.
 21. Schmieder M, Henne-Bruns D, Mayer B, Knippschild U, Rolke C, Schwab M, et al. Comparison of Different Risk Classification Systems in 558 Patients with Gastrointestinal Stromal Tumors after R0-Resection. Front Pharmacol. 2016;7:504. doi:10.3389/fphar.2016.00504
 22. Liu Z, Tian Y, Xu G, Liu S, Guo M, Lian X, et al. Pancreatic Gastrointestinal Stromal Tumor: Clinicopathologic Features and Prognosis. J Clin Gastroenterol. 2017;51(9):850–6. doi:10.1097/MCG.0000000000000719
-

Correspondencia

Eddar Llontop

Correo electrónico: eddarllontop2816@hotmail.com