Abdomen Agudo Obstructivo Secundario A Tumor Estromal Gastrointestinal. Presentación de un caso.

- *Dr. Juan Francisco Lozada Chávez. (Médico Cirujano Asociado. Dpto. Cirugía General. Hospital Luis Vernaza.*
- *Dra. Irma Rocio Ortega Mora. (Médico Cirujano).*
- *Dr. Roberto Correa González. (Médico Tratante Cirujano Laparoscopista. Hospital Luis Vernaza.*
- *Dra. Ana Ramírez. (Anatomopatóloga Hospital Luis Vernaza.- Dpto. Anatomía Patológica).*

RESUMEN

Dentro de la rareza que representan los tumores de intestino delgado el tumor del estroma gastrointestinal es considerado poco frecuente. El diagnóstico con frecuencia se establece tardíamente casi siempre con motivo de una complicación aguda o de un hallazgo quirúrgico fortuito.

Se presenta el caso de un paciente varón con lesiones en yeyuno, provocando un cuadro de abdomen agudo obstructivo; se realizó laparotomía exploradora, resección intestinal segmentaria y anastomosis primaria, y cuyo estudio histopatológico e inmunohistoquímico reporta tumor estromal gastrointestinal CD34+ con riesgo intermedio.

Se analizan las características ultra estructurales e inmunohistoquímicas de los diferentes grupos de tumores estromales del tracto gastrointestinal, así como la dificultad diagnóstica cuando éstos se localizan en intestino delgado.

Palabras claves: *Tumor estromal gastrointestinal. Abdomen Agudo. Tumor yeyunal.*

ABSTRACT

Of the small bowel tumors, which overall are uncommon, the stromal tumor is considered the least frecuent. The diagnosis is often established in the later stages, nearly always due to some acute complication or an incidental intraoperative finding.

We report the case of a man with jejunal lesions, provoking acute abdomen. It was managed by enucleation and resection of the bowel segment involved,that was diagnosed as a CD34+ stromal tumor with risk intermediate.

We analyze the ultrastructural and immunohistochemical features of different gastrointestinal stromal tumors, discussing the diagnostic difficulties when the lesions are located in small bowel and require aggressive therapeutic measures due to the presence of hemorrhage.

Key words: *Gastrointestinal stromal tumor. Acute abdomen. Jejunal tumor.*

Introducción

Los tumores estromales del tracto gastrointestinal (TEGI) asientan preferentemente en estómago, siendo la localización en intestino delgado la siguiente en orden de frecuencia, con una incidencia aproximada del 25-30%. (1,3). Mediante determinaciones ultraestructurales e inmunohistoquímicas puede demostrarse diferenciación hacia células musculares, como ocurrirá la mayoría de las veces, y en otras ocasiones a neural, mixta o incluso con ausencia de diferenciación, siendo en estos últimos frecuente la positividad para CD34. (4,5).

Suele presentarse clínicamente con motivo de una complicación aguda la mayoría de las veces, de una anemia aguda o crónica no filiada o de un hallazgo quirúrgico fortuito. Son frecuentemente latentes y su sintomatología es poco específica e intermitente lo que, añadido a la exploración física anodina y a la limitación de las pruebas diagnósticas, hace que el diagnóstico se establezca tardíamente.

Cuando se localizan en el intestino delgado, el diagnóstico

Correspondencias y Separatas:
Dr. Juan Francisco Lozada Chávez
Hospital Luis Vernaza - Guayaquil

® Los Derechos de autor de los artículos de la Revista Oncología pertenecen a la Sociedad de Lucha contra el Cáncer.

preoperatorio es complicado ya que se trata de tumores submucosos no accesibles con técnicas endoscópicas convencionales y casi siempre representan un reto cuando su manifestación inicial es un abdomen agudo.

El tratamiento es quirúrgico y la confirmación inmunohistoquímica es fundamental para catalogar la lesión como benigna o maligna.

Caso Clínico

Paciente de 48 años de edad que acude a urgencias con clínica de dolor abdominal de 24 horas de evolución, de inicio brusco, asociado a malestar general, estado nauseoso y síndrome febril. Como antecedentes destacaba historias de molestias abdominales cólicas, sobre todo postprandiales con evolución de cinco días que se resolvieron con tratamiento conservador. No refiere intervenciones quirúrgicas previas.

En la exploración física se encontraba normotenso, con afectación del estado general, temperatura de 38ºC y abdomen depresible pero doloroso, con defensa difusa a la palpación. A la auscultación, el peristaltismo disminuido y matidez a la percusión periumbilical. Requirió sonda nasogástrica con salida de escaso contenido intestinal.

Ante la clínica del dolor abdominal se realizó laparotomía exploradora urgente, encontrando 2 masas yeyunales exofíticas, redondeadas de color blanquecino de 3 y 4 cms de diámetro a 7 y 18 cms de distancia que se comunicaba con la luz intestinal por lo que se realizó resección intestinal segmentaria con anastomosis primaria, apendicectomía profiláctica y revisión de estructuras intraabdominales las cuales estaban indemnes. (Fig. 1-2).

Fig. 1: Pieza quirúrgica.

Fig. 2: Masas yeyunales.

El curso postoperatorio fue favorable, con restauración de tránsito intestinal al quinto día y alta a los 7 días del ingreso.

El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica fue el siguiente: tumor del estroma gastrointestinal CD34+ que rompe la serosa y muestra un crecimiento fundamentalmente extraintestinal con límites quirúrgicos de resección del segmento intestinal libres de infiltración tumoral y sin que exista infiltración de ganglios linfáticos en el meso del segmento intestinal. (Figura 3).

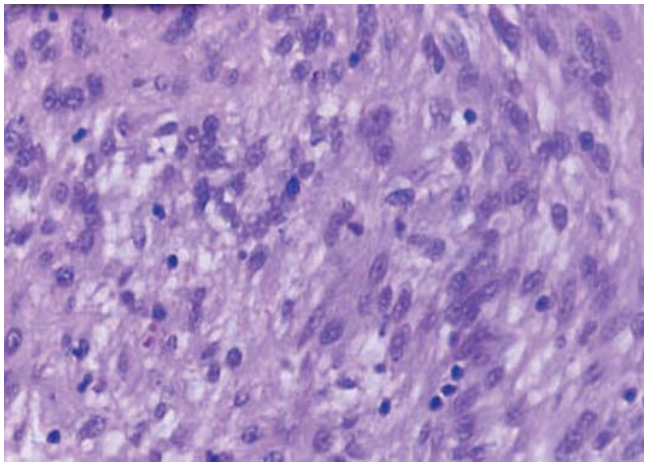

Fig. 3: Estudio microscópico.

DISCUSIÓN

Los tumores estromales del tracto gastrointestinal son tumores poco frecuentes que tras estudio inmunohistoquímico pueden ser clasificados según presenten diferenciación mioide (85%), neural, mixta o ausencia de la misma. El tramo más frecuentemente afectado es el estómago, con un

45%, seguido del intestino delgado con un 24%. Cuando asienta en el intestino delgado el yeyuno es la localización más frecuente. (1,3).

Su hallazgo la mayoría de las veces es casual, ya que se inician de un modo asintomático o con leves molestias abdominales cólicas, habitualmente postprandiales, evidenciándose la palpación profunda una masa abdominal en un número limitado de casos, dependiendo del tamaño y localización del tumor. En un alto porcentaje puede manifestarse como hemorragias intestinales en forma de melenas, escasas pero crónicas, intermitentes y que pueden llegar anemizar al paciente; (3, 4), hay que considerar la presentación como síndrome oclusivo debido a la obstrucción parcial o completa de la luz intestinal por el crecimiento endoluminal del tumor. (5). Por último, otras manifestaciones menos frecuentes son la invaginación, la volvulación o la perforación sobre la cavidad abdominal provocando un cuadro de abdomen agudo quirúrgico. (6, 7).

El único tratamiento eficaz será la extirpación del tumor con un amplio margen de tejido normal, lo que se traducirá en una resección intestinal cuando afecta a intestino delgado, sin que sea necesaria una amplia exéresis del área de drenaje linfático por ser excepcionales las metástasis en ganglios regionales. Algunos autores plantean la resección intestinal o la enucleación quística por vía laparoscópica, siempre que el tamaño de la pieza lo permita, beneficiándose el paciente de las ventajas que este abordaje conlleva. (3, 4).

Microscópicamente son tumores que tienden a la necrosis central y pueden alcanzar grandes tamaños. Alrededor del 60% de las veces son submucosos y crecen hacia la luz, el 10% son intramurales y el 30% subserosos. (8).

El diagnóstico histológico de los tumores estromales se basa en datos ultraestructurales e inmunohistoquímicos, siendo fuerte la positividad para vimentina y en un alto porcentaje, sobre todo en los tumores más indiferenciados, para el antígeno CD34. A su vez, los tumores estromales pueden ser divididos en cuatro categorías dependiendo de sus características de diferenciación hacia células musculares o neurales. Lo más frecuente será encontrar expresión antigénica propia de células miogénicas (HHF-35 SMA y desmina). En otros casos, como ocurre en el tumor nervioso autonómico gastrointestinal (GAN), se demuestra positividad para la enolasa neuronoespecífica y positividad variable para neurofilamentos, sinaptofisina y proteína S-100. Menos comúnmente puede observarse en estos tumores diferenciación dual hacia músculo liso y elementos neurales. Por último, existe un grupo infrecuente que no demuestra rasgos específicos de diferenciación y que curiosamente presenta inmunorreactividad para el CD34. (9, 10).

Algunos autores utilizan el término TEGI tan sólo para referirse en un sentido más estricto al grupo CD34+ dentro de los tumores mesenquimales, empleando los términos de leiomioma-leiomiosarcoma y schwannoma-plexosarcoma o tumor nervioso autonómico gastrointestinal para el resto. (8, 9, 10).

El pronóstico estará en función del índice mitótico y, aunque se ha relacionado con otros parámetros, como tamaño superior a 5 cm, necrosis, hemorragia, invasión de mucosa, celularidad y atipia nuclear entre otras, parece que el número de mitosis mayor a 5/50 campos de gran aumento y la celularidad actuarán de forma independiente como factores asociados a una mayor incidencia de metástasis. (7, 8).

Conclusión

Los marcadores inmunohistoquímicos en la actualidad orientan a la histogénesis de los tumores estromales y pueden ser tenidos en cuenta como factor pronóstico, ya que se ha demostrado comportamiento maligno cuando existe diferenciación neural o ausencia de diferenciación, aunque en estos casos se presentará también de forma paralela un aumento del índice mitótico. (7, 8, 9, 10).

Bibliografía

1. Buckley JA, Fishman EK CT evaluation of small bowell neoplasms: spectrum of disease. Radiographics 1998; 18(2): 379-392.
2. Tworek JA, Appelman HD, Singleton TP, Greenson JK Stromal tumors of the jejunum and ileum. Mod Pathol 1997; 10: 200-209.
3. Shojaku H, Futatsuya R, Seto H, Tajika S, Matsunou H Malignant gastrointestinal stromal tumor of the small intestine: radiologic-pa thologic correlation. Radiat Med 1997;15:189-192.
4. Min KW Small intestinal stromal tumors with skeinoid fibers. Clinicopathological, immunohistochemical and ultraestructural investigations. Am J Surg Patol 1992; 16: 145-155.
5. Zuckerman DA, Bocchini TD Massive hemorrhage in the lower gastrointestinal tract in adults: diagnostic imaging and intervention. Am J Roentgenol 1993; 161:

703-711.
6. Barclay THC, Schapira DV Malinant tumors of the small intestine. Cancer 1983; 51: 878-882.
7. Ueyama T, Guo KJ, Hashimoto H, Daimaru Y, Enjoji M A clinicopathologic and inmunohistochemical study of gastrointestinal stromal tumors. Cancer 1992; 69: 947-955.
8. Dougherty MJ, Compton C, Talbert M, Wood WC Sarcomas of the gastrointestinal tract. Separation into favorable and unfavorable prognostic groups by mitotic count. Ann Surg 1991; 214: 569-574.
9. Mlettinen M, Virolainen M, Maarit-Sarlomo-Rikala Gastrointestinal stromal tumors. Value of CD34 antigen in their identification and separation from true leiomyomas and schwannomas. Am J Surg Patol 1995; 19: 207-216.
10. Suster S Gastrointestinal stromal tumors. Semin Diagn Pathol 1996; 13: 297-313.