



Revista Chilena de Cirugía

ISSN: 0379-3893

editor@cirujanosdechile.cl

Sociedad de Cirujanos de Chile
Chile

BANNURA C., GUILLERMO; CORNEJO C., VALERIA

Hemorragia digestiva baja recurrente secundaria a GIST de yeyuno

Revista Chilena de Cirugía, vol. 63, núm. 6, diciembre-, 2011, pp. 631-634

Sociedad de Cirujanos de Chile

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=345531951015>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Hemorragia digestiva baja recurrente secundaria a GIST de yeyuno*

Drs. GUILLERMO BANNURA C.¹, VALERIA CORNEJO C.²

¹ Servicio y Departamento de Cirugía.

² Anatomía Patológica.

Hospital Clínico San Borja Arriarán. Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Abstract

Recurrent gastrointestinal bleeding caused by a jejunal GIST

We report a 39 years old male with a history of three episodes of hematochezia and severe anemia. Upper and lower gastrointestinal endoscopies were normal. Labeled red blood cell scan, selective angiography and abdominal CAT scan identified a bleeding solid jejunal mass that was excised. The pathological report showed a gastrointestinal stromal tumor measuring 6 cm in diameter, with medium malignancy (two mitoses in 50 high magnification fields). Immunohistochemistry showed that it was CD 117 positive and CD 34 negative, smooth muscle actin and S 100 were positive in the malignant cells. After eight years of follow up, the patient is disease free.

Key words: GIST, gastrointestinal bleeding, anemia.

Resumen

La hemorragia digestiva baja (HDB) representa la forma clínica de presentación más frecuente de los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) del segmento yeyuno-íleon. El diagnóstico es complejo por las dificultades para acceder a este nivel del tubo digestivo y habitualmente se efectúa después de varias hospitalizaciones. Se presenta el caso de un paciente varón de 39 años con tres episodios de HDB con anemia intensa (Hto 18%) cuyo estudio endoscópico alto y bajo no reveló anormalidades. La cintigrafía con glóbulos rojos marcados con Tc 99, la arteriografía selectiva y la tomografía computada de abdomen permitieron identificar una masa sólida de 5 cm en la zona paravertebral izquierda a nivel de L5, la que fue intervenida con el diagnóstico probable de GIST de intestino delgado. Se efectuó una pequeña resección yeyunal con anastomosis manual y el estudio histopatológico confirmó la presencia de un GIST de malignidad intermedia (6 cm, 2 mitosis en 50 campos de aumento mayor); IHQ compatible: CD 117: positivo; CD 34 negativo; Actina músculo liso y S 100: positivo focal en las células neoplásicas). Evolución alejada sin complicaciones luego de 8 años de seguimiento. El método diagnóstico más relevante en la actualidad es el Angio-TAC.

Palabras clave: Hemorragia digestiva baja, GIST, yeyuno.

*Recibido el 10 de enero de 2011 y aceptado para publicación el 22 de abril de 2011.

Correspondencia: Dr. Guillermo Bannura C.
Las Limas 1622, Santiago, Chile.
gbannura@vtr.net

Introducción

Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) que afectan el yeyuno-íleon son una causa rara de hemorragia digestiva baja (HDB)¹. El diagnóstico de certeza en el estudio preoperatorio es elusivo debido a las dificultades para acceder a este nivel del tracto digestivo y en algunas ocasiones es la exploración quirúrgica la opción diagnóstica y terapéutica definitiva. El origen del sangrado se debe a la ulceración de la mucosa y de la submucosa que no necesariamente es secundaria a infiltración tumoral. Se presenta un caso de HDB recurrente por un GIST de yeyuno localizado en el preoperatorio por el estudio de imágenes.

Caso clínico

Paciente varón de 39 años sin antecedentes morbidos que presenta en los últimos dos años tres episodios de sangrado macroscópico por ano de color rojo vinoso de una semana de evolución con anemia severa (Hto: 18%), sin shock, los que fueron manejados en el Servicio de Urgencia con transfusiones múltiples y estudio mediante endoscopia digestiva alta (EDA) y colonoscopia que resultaron normales en cada oportunidad. Un año después consulta en nuestro Servicio debido a un nuevo episodio de sangrado de 5 días de evolución luego de la ingesta de antiinflamatorios. Al ingreso se constata un paciente hemodinámicamente estable, pálido (Hto: 19%) en buen estado nutricional. Panendoscopia, colonoscopia e ileoscopia distal normal. Cintigrafía con glóbulos rojos marcados con Tc 99 muestra acumulación del radiofármaco en el colon descendente (Figura 1). Arteriografía selectiva de la arteria mesentérica superior (AMS) muestra sangrado activo a nivel del intestino delgado ubicado topográficamente en zona

paravertebral izquierda a nivel de L5 (Figura 2). La tomografía axial computada (TAC) de abdomen y pelvis revela una masa tumoral de 5 cm en relación a una asa yeyunal (Figura 3). El tránsito de intestino delgado con bario señala la presencia de una banda de tracción a nivel del yeyuno. Se decide laparotomía exploradora que revela tumor exofítico a nivel del yeyuno proximal que adhiere al apéndice cecal (Figuras 4 y 5). Se realiza una resección intestinal con enterorrafia en 2 planos. Se aprecia una clara ulceración de la mucosa intestinal (Figura 5). Al corte se aprecia un tumor firme de 6 x 5 cm con base de implantación de 0,7 cm (Figura 6). Informe histopatológico: Tumor gastrointestinal estromal de 6 cm de diámetro mayor, sin necrosis, con menos de 2 mitosis en 50 campos de aumento mayor y ulceración de la mucosa que no está afectada por células neoplásicas (Figura 7). CD 117: positivo (Figura 8); CD 34 negativo; Actina músculo liso (Figura 9)



Figura 1. Cintigrafía muestra captación del radiofármaco a nivel del colon descendente.

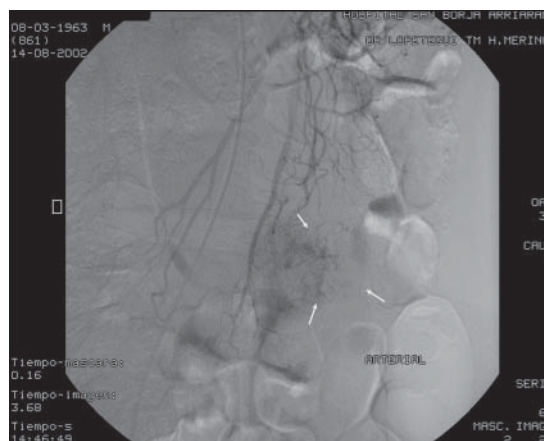


Figura 2. Arteriografía selectiva: sangrado activo en rama proximal de la AMS.

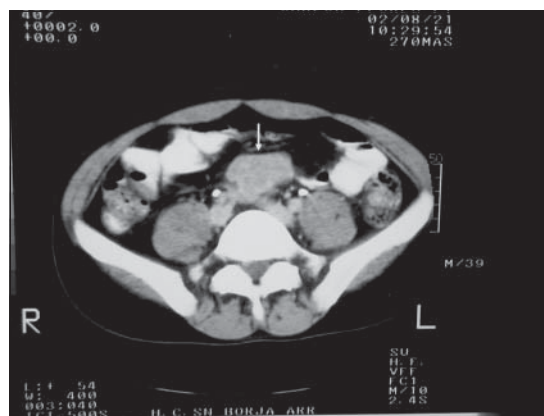


Figura 3. TAC: masa tumoral de 5 cm.

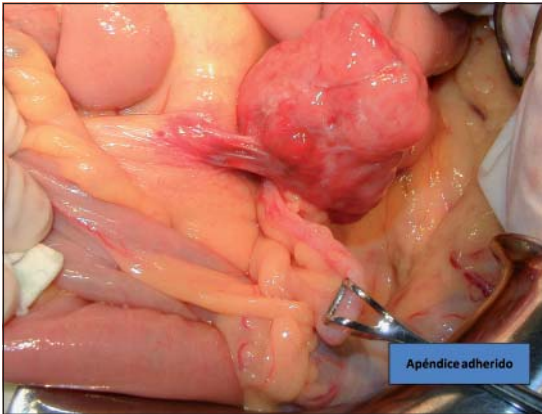


Figura 4. Masa exofítica en pared del yeyuno con apéndice adherido.

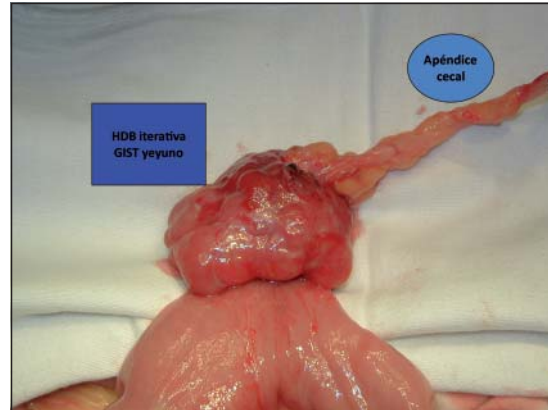


Figura 5. GIST luego de extirpar el apéndice cecal.

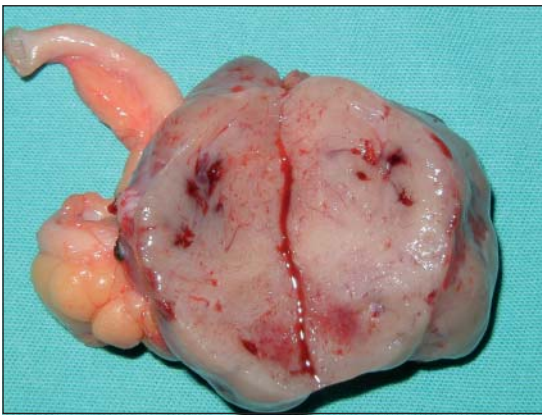


Figura 6. GIST: al corte tumor blanquecino.

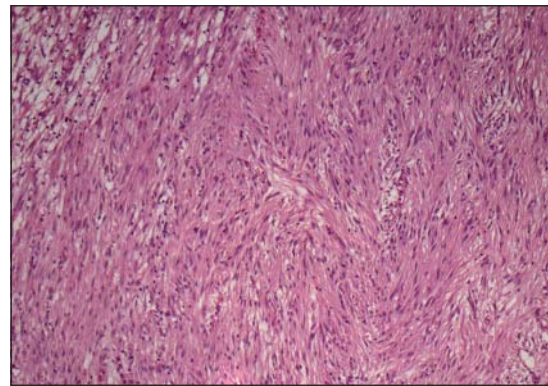


Figura 7. HE 200x Detalle de proliferación neoplásica fusocelular.

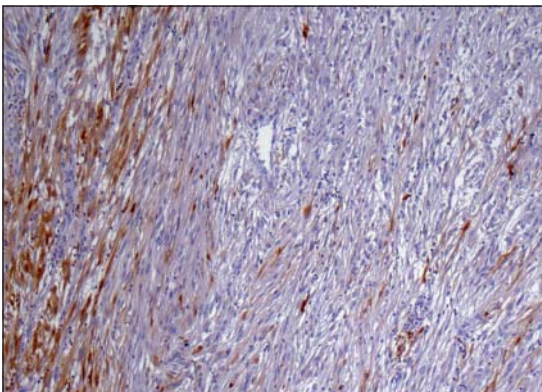


Figura 8. CD117: Inmunotinción positiva en el citoplasma de algunas células neoplásicas.

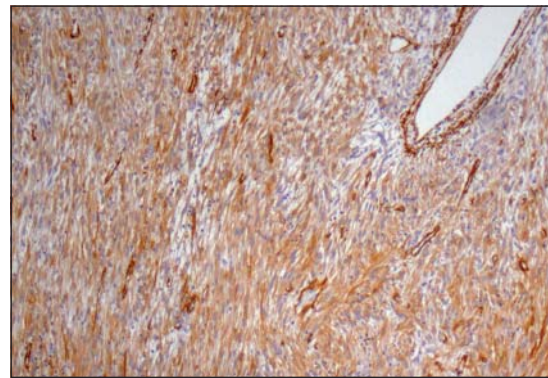


Figura 9. Inmunohistoquímica actina músculo liso x200: tinción positiva focal en el citoplasma de las células neoplásicas.

y S 100: positivo focal en las células neoplásicas. Conclusión: GIST de riesgo intermedio de comportamiento agresivo. Evolución alejada: paciente sano a 8 años de la intervención.

Discusión

Los tumores de intestino delgado representan el 1 a 2% de todos los tumores del tracto digestivo¹. De ese universo (incluido duodeno) los GIST corresponde al 12%². Los síntomas iniciales de este tipo de tumores son de larga data e inespecíficos y existe dificultad para el diagnóstico precoz. En etapas avanzadas, la forma de presentación más común (70%) es la hemorragia digestiva, como ocurrió en este caso, debido a ulceración de la mucosa. Otras complicaciones son la obstrucción en el 20 a 30% y la perforación (9%). Ocasionalmente puede presentarse con sangrado e intususcepción³. El GIST representa una causa rara de hemorragia digestiva baja⁴⁻⁶ y la ulceración responsable de la hemorragia puede ser de origen isquémico como ocurrió en este caso. La cintigrafía con glóbulos rojos marcados fue errática en identificar el sitio de sangrado. La arteriografía, si bien identificó correctamente el sitio de sangrado, es un método invasivo. En la actualidad el angio-TAC es el método de elección para acceder al diagnóstico preciso cuando existe sangrado activo, ya que es capaz de identificar la masa y el sitio de sangrado⁷. Lo habitual en el TAC es encontrar una masa intramural con componente exofítico que se proyecta hacia la cavidad abdominal, bien circunscrita. La resección segmentaria sin linfadenectomía es el tratamiento aceptado. Son tumores heterogéneos que varían en tamaño (0,5-30 cm) y en la conducta biológica con un potencial maligno incierto. Los criterios de malignidad de los GIST incluyen el tamaño tumoral y el conteo de mitosis por campo, aunque otros autores consideran además la celularidad, la invasión local, el grado de atipia y la presencia de necrosis. En un consenso del año 2002, se considera que un tumor de intestino delgado > 2 cm pero menor de 5 cm con menos de 5 mitosis por campo es un GIST de malignidad intermedia⁸. La caracterización inmunohistoquímica de los GIST incluye además del CD 117 al CD 34 (ambos son positivos en alrededor del 90% de los casos). La inmunoreacción focal de actina de músculo liso es diagnóstica de la diferenciación muscular y el S-100 de diferenciación neural⁹ (ambas positivas en nuestro caso). El mesilato

de imatinib se ha propuesto como terapia adyuvante en paciente con GIST sin metástasis de alto riesgo de malignidad, aunque su rol en estos casos no está bien aclarado.

En conclusión, se presenta un caso de HDB iterativa, no masiva, secundaria a un GIST del yeyuno de 6 cm de diámetro mayor con bajo conteo mitótico, que fue tratado con una resección intestinal menor con buena evolución a largo plazo. La HDB es la principal forma de presentación clínica de un GIST de yeyuno y el método diagnóstico más relevante en la actualidad es el Angio-TAC¹⁰.

Referencias

1. Hatzaras I, Palesty JA, Abir F, Sullivan P, Kozol RA, Dudrick SJ, et al. Small bowel tumors: epidemiologic and clinical characteristics of 1260 cases from the Connecticut Tumor Registry. *Arch Surg.* 2007;142:229-35.
2. Torres M, Matta E, Chinea B, Dueño MI, Martínez-Souss J, Ojeda A, et al. Malignant tumors of the small intestine. *J Clin Gastroenterol.* 2003;37:372-80.
3. Menéndez-Sánchez P, Villarejo-Campos P, Gambi-Pisonero D, Cubo-Cintas T, Padilla-Valverde D, Martín-Fernández J. Hemorragia digestiva baja e intususcepción subsecuente a tumor del estroma gastrointestinal. *Cir Ciruj.* 2008;77:483-5.
4. Aberle J, Kilie E, Guth S, Gille J, Liebl L, Guthoff AE. An unusual cause of acute lower gastrointestinal bleeding. *Acta Gastroenterol Belg.* 2006;69:221-3.
5. Carter RR, Mundluru SN, Margolin DJ. Small bowel gastrointestinal stromal tumor: an unusual cause of massive lower gastrointestinal bleeding. *Am Surg.* 2010;76:229-31.
6. Lakshmi VA, Chacko RT, Kurian S. Gastrointestinal stromal tumors: a 7-year experience from a tertiary care hospital. *Indian J Pathol Microbiol.* 2010;53:628-33.
7. Oyanedel R, O'Brien A, Pizarro A, Zamora E, Menias C. Tumor estromal gastrointestinal (GIST): formas de presentación. *Rev Chil Radiol.* 2005;11:13-8.
8. Fletcher CD, Berman JJ, Coprless C, Gorstein F, Lasota J, Longley BJ. Diagnosis of gastrointestinal stromal tumors: a consensus approach. *Int J Surg Pathol.* 2002;33:478-83.
9. Bórquez P, Neveu R. Tumores del estroma gastrointestinal (GIST), un particular tipo de neoplasia. *Rev Med Chile* 2008;136:921-9.
10. Casamayor Franco MC, Ligorred Padilla LA, Baqué Sanz F, García Cabezudo J, Vera Álvarez J, Munilla López E. *Emergencias* 2000;12:211-3.