

## MÉTODO DIAGNÓSTICO DEL TUMOR DE ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST): A PROPÓSITO DE UN CASO

### *DIAGNOSTIC APPROACH TO GASTROINTESTINAL TUMORS: ABOUT A CASE REPORT*

Valentina Gallyas<sup>1</sup>, Daniela García<sup>1</sup>, María González<sup>1</sup>, María Flores<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Interna de medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile

---

### RESUMEN

---

**Introducción:** Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son tumores raros, aproximadamente 1 a 3% de todos los tumores gastrointestinales. Se presentan generalmente entre los 60 y 65 años, como sangrado gastrointestinal, anemia, dolor abdominal, perforación, obstrucción intestinal o muchas veces como hallazgo incidental.

**Caso Clínico:** Paciente sexo femenino, 27 años, sin antecedentes mórbidos. Consulta por cuadro de astenia, adinamia, palidez, pica, palpitations y saciedad precoz de cuatro meses de evolución. Además, refiere tres episodios de melena, auto-limitada, hace tres meses. Al examen físico, signos vitales sin alteraciones, mucosas pálidas, bien perfundidas, examen abdominal y tacto rectal normales. Al laboratorio destaca anemia severa con una hemoglobina de 6.7g/dl y hematocrito de 21%. Tomografía computada (TC) de abdomen y pelvis muestra una gran masa gástrica antral, que impresiona GIST. Se realiza gastrectomía subtotal, más gastroyeyunoanastomosis en Y de Roux por video laparoscopia. Biopsia de pieza quirúrgica confirma GIST.

**Discusión:** La primera aproximación diagnóstica de un GIST debe incluir anamnesis, examen físico detallado e imágenes para evaluar la localización y diseminación del tumor. Pacientes que se presentan con una emergencia quirúrgica, no se les realiza todo el estudio hasta después de la cirugía, como en este caso. En definitiva, lo que da el diagnóstico de certeza es la biopsia, no es necesario tomarla preoperatoriamente cuando la lesión es muy sugerente de GIST, sin embargo, se recomienda la biopsia preoperatoria para evitar cirugías en casos que no lo ameriten.

**PALABRAS CLAVE:** *tumor estromal gastrointestinal; diagnóstico clínico; anemia.*

---

### ABSTRACT

---

**Introduction:** Gastrointestinal Stromal Tumors (GIST) are rare tumors, they represent approximately 1–3% of all gastrointestinal tumors. The median age is around 60 to 65, and they can present as gastrointestinal bleeding, anemia, abdominal pain, bowel obstruction, or just as an incidental finding.

**Clinical Case:** 27 year old female, without morbid history. Reports a history of four months of asthenia, pallor, palpitations and early satiety. She also refers 3 episodes of self-limited melena. On physical examination, vital signs within normal range, pale, well perfused, normal abdominal and digital rectal examination. Laboratory tests showed severe anemia with hemoglobin of 6.7g/dl and hematocrit of 21%. Abdomen and pelvis computed tomography (CT) showed a gastric antral mass, which suggested GIST. Laparoscopic subtotal gastrectomy with Roux-EN-Y is performed. The surgical piece biopsy confirms GIST.

**Discussion:** The first diagnostic approach of GIST should include medical history, physical examination and detailed images to evaluate the location and spread of the tumor. In patients who present with a surgical emergency, a complete study should be done after the surgery, as in this case. For an accurate diagnosis, a biopsy is needed. Yet it is not necessary to take a preoperative biopsy when the lesion is highly suggestive of GIST, however preoperative biopsy is recommended to avoid surgery in cases that do not require it.

**KEYWORDS:** *gastrointestinal stromal tumor; clinical diagnosis; anemia.*

## INTRODUCCIÓN

Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son tumores raros, 1-3% de todos los tumores gastrointestinales (GI)<sup>(1)</sup>. La edad media de presentación es entre los 60 y 65 años. Son clínicamente relevantes ya que 10-30% son malignos<sup>(2)</sup>. Se pueden presentar como sangrado GI, anemia, dolor abdominal, perforación, obstrucción intestinal o como hallazgo incidental en cirugías o imágenes<sup>(3)</sup>.

Con este caso clínico queremos mostrar cómo llegar al diagnóstico de un GIST.

## CASO CLÍNICO

Paciente sexo femenino, 27 años, sin antecedentes mórbidos. Consulta por cuadro de 4 meses de evolución de astenia, adinamia, palidez, pica, palpitations y saciedad precoz. Además, refiere tres episodios de melena auto limitada, 3 meses previos a la consulta.

Al examen Físico signos vitales en rango normal (pulso: 85 latidos por minuto, presión arterial: 110/75mmHg, temperatura: 36.4°C, saturación de O<sub>2</sub>: 96%, frecuencia respiratoria: 15 respiraciones por minuto), mucosas pálidas, llene capilar de 2 segundos. Abdomen blando depresible e indoloro, tacto rectal: normal, sin evidencia de melena o sangrado.

Se solicitan exámenes de laboratorio de los cuales destaca hemoglobina de 6.7gr/dl y hematocrito de 21%.

Dado la anemia severa se estabiliza a la paciente con volumen y transfusión 3 unidades de eritrocitos.

Como estudio inicial de anemia se solicita una endoscopia digestiva alta (EDA), que muestra lesión neoplásica submucosa gástrica ulcerada. Forrest IIC, sugerente de GIST. Luego, se solicita un TC de abdomen y pelvis en el cual se observa una gran masa gástrica antral (5.1x5.4x4.2cm) con áreas de degeneración quística, impresiona GIST (**Figura 1**).

Se decide realizar gastrectomía subtotal con gastroyeyuno anastomosis en Y de Roux por video laparoscopia. Posteriormente la biopsia de pieza quirúrgica confirma un GIST, sin diseminación (**Figura 2**).

## DISCUSIÓN

La primera aproximación diagnóstica de un GIST debe

incluir anamnesis, examen físico detallado e imágenes (TC con contraste, resonancia magnética, radiografía con trago de bario o endosonografía) para evaluar la localización y diseminación del tumor. La EDA se reserva para lesiones ubicadas a nivel gástrico<sup>(3)</sup>.

Pacientes que se presentan con una emergencia quirúrgica, no se les realiza todo el estudio hasta después de la cirugía. Luego de la cual es importante constatar la resección completa del tumor (R0), presencia de metástasis y determinar el estadio<sup>(3,6)</sup>.

La biopsia nos da el diagnóstico de certeza y sirve para evaluar la etapificación y riesgo de recurrencia. La biopsia pre-operatoria no es necesaria cuando la lesión es muy sugerente de GIST y cuando se cumplen criterios de resecabilidad<sup>(3,5)</sup>.

Sin embargo, realizar la biopsia pre-operatoria podría evitar la cirugía en casos que no lo ameriten (linfomas, fibromatosis mesentérico, tumores de células germinales)<sup>(4)</sup>.

El abordaje diagnóstico del GIST incluye valoración clínica, imágenes, EDA y biopsia más inmunohistoquímica<sup>(10)</sup>.

En esta paciente se realizó EDA y TC que fueron muy sugerentes de GIST por lo que no se tomó biopsia pre-operatoria, considerando además que la paciente se hallaba con anemia severa se procedió rápidamente a la cirugía. Sin embargo, la paciente ingresó y se mantuvo estable durante toda su estadía. En ella no existía una emergencia real para operarla, por lo que, si se disponía de tiempo para realizarle mayor estudio<sup>(7,10)</sup>.



Figura 1. TAC Abdomen y Pelvis. Gran masa gástrica antral (5.1x5.4x4.2cm) con áreas de degeneración quística, impresiona GIST,

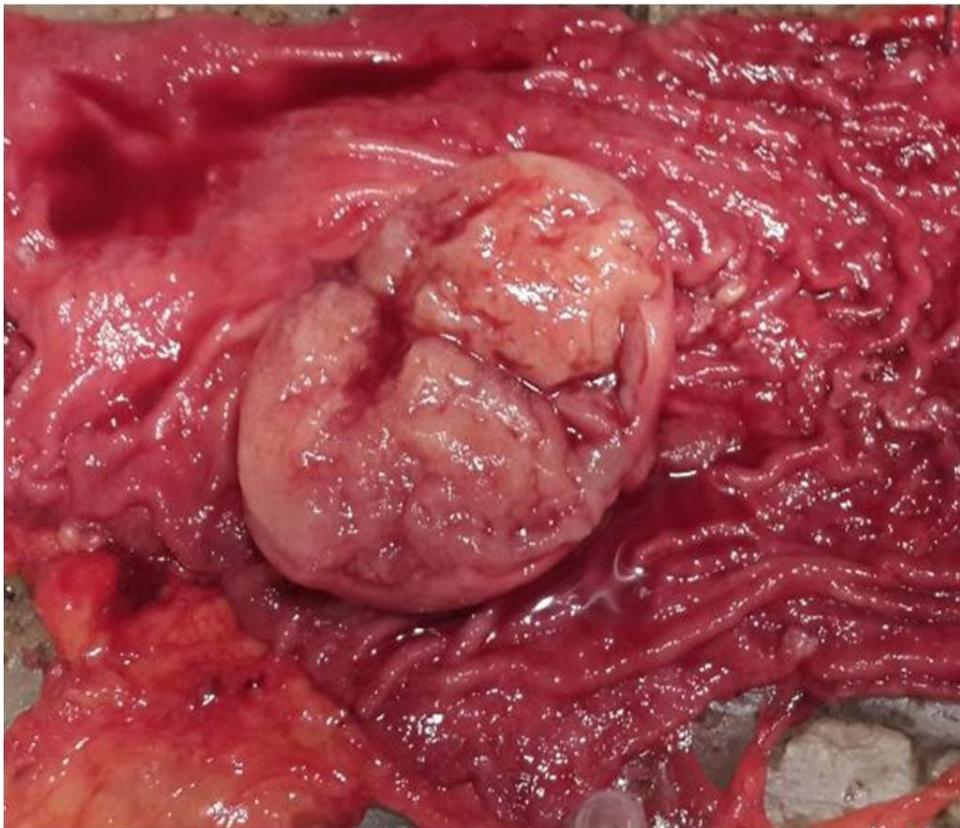


Figura 2. Pieza quirúrgica.

---

### *Correspondencia*

---

Valentina Gallyas Ortiz; valitzgallyas@gmail.com

---

### *Financiamiento*

---

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para la realización de este trabajo.

---

### *Conflictos de intereses*

---

Los autores declaran no tener conflictos de intereses en relación a este trabajo.

---

### *Información sobre el artículo*

---

Recibido el 8 de noviembre de 2016.

Aceptado el 30 de noviembre de 2016.

Publicado el 1 de noviembre de 2017.

Agradecimientos al Dr. Claudio Mora Pavés.

---

### *Referencias*

---

1. Sorour M, Kassem MI, Ghazal Ael-H, El-Riwini MT, Abu Nasr A. Gastrointestinal stromal tumors (GIST) related emergencies. *IJS* 2014;12:269-280.
2. Pascal B, Villiger P, Egger JF, Buhler LH, Morel P. Management of gastrointestinal stromal tumours: from diagnosis to treatment. *SMW* 2004;134:145-15.
3. Demetri G, Benjamin R, Blanke C, Blay JY, Casali P, Choi H, et al. NCCN Task Force Report: Optimal Management of Patients with (GIST). *JNCCN* 2007;5:2-8
4. European Sarcoma Network Working Group. Gastrointestinal stromal tumours: ESMO Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2014;3:26.
5. Poveda A, García X, López-Guerrero JA, Martínez V, Romero I, Valverde C. GEIS 2013 guidelines for gastrointestinal sarcomas (GIST). *Cancer Chemother Pharmacol* 2014;74:883-898.
6. Lin J, Huang C, Zheng C, Li P, Xie J, Wang J, Lu J. Laparoscopic versus open gastric resection for larger than 5 cm primary gastric gastrointestinal stromal tumors (GIST): a size-matched comparison. *Surg Endosc* 2014;28:2577–2583
7. Judson I, Leahy M, Whelan J, Lorigan P, Verrill M, Grimer R, Robinson M. A guideline for the management of gastrointestinal stromal tumour (GIST). *Sarcoma* 2002; 6:83–87.
8. Schwameis K, Fochtmann A, Schwameis M, Asari R, Schur S, Köstler W. et al. Surgical treatment of GIST e An institutional experience of a high-volume center. *IJS* 2013;11:801-806
9. Zhao X, Yue C. Gastrointestinal stromal tumor. *J Gastrointest Oncol* 2012;3:189-208
10. Nishida T, Blay J, Hirota S, Kitagawa Y, Kang Y. The standard diagnosis, treatment, and follow-up of gastrointestinal stromal tumors based on guidelines. *Gastric Cancer* 2016;19:3–14.