

*Invitamos a los lectores de Acta a que envíen casos con interés clínico o diagnóstico para su publicación en esta sección, de la cual el Editor es el Dr R Mazure.*

## Hemorragia digestiva en un paciente con masa abdominal

Patricia Fuente, Leslie Hasne, Alfredo Hidalgo, Federico Rey Campero, Rodrigo Ubeira Salim

Paciente de sexo masculino, de 60 años, con antecedentes de apendicetomía y tabaquista de 15 paquetes / año que refiere disfagia para sólidos de 1 mes de evolución y dolor abdominal epigástrico moderado irradiado a hipocondrio izquierdo. Episodios de melena de 1 mes de evolución, con una frecuencia de 2 a 3 por semana, autolimitados y pérdida del peso corporal de 11% en 5 meses.

Ingresa a guardia por melena con descompensación hemodinámica.

Como positivo al examen físico presentaba una tumoración abdominal en epigastrio e hipocondrio izquierdo redondeada de 8 cm de diámetro, dura elástica, dolorosa a la palpación, de superficie irregular que excursiona con la respiración. Tacto rectal: esfínter anal normotónico, ampolla rectal con restos melánicos.

Laboratorio: hematocrito: 22%, globulos blancos: 14.8 MIL/uL, glucemia: 119mg/dl, urea: 35mg/dl, Plaquetas: 324000/uL, Ionograma: 136/4.7, tiempo de protrombina: 100% KPTT: 20" proteínas totales: 5.3g/dl Albúmina 2.3g/dl, hepatograma: normal

Radiografía directa de abdomen (ver foto 1)

Se realizó una video endoscopia esofagogastroduodenal que informó: Esófago: cambio mucoso a 40 cm., mucosa normal.

Estómago: En región subcardial, sobre curvatura menor se observa lesión ulcerada de 3cm. Friabilidad a la toma de biopsia.

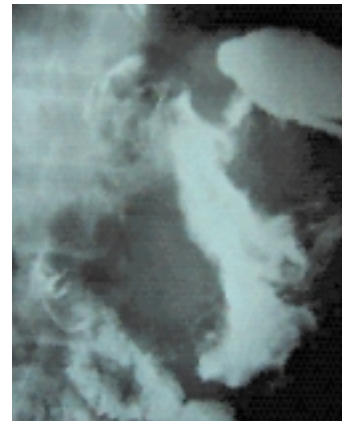
Ecografía abdominal: A nivel de hipocondrio izquierdo se observa una formación sólida heterogénea de 132 x 120 mm. Resto s/p.

Radiografía contrastada esofagogastroduodenal: (foto 2)

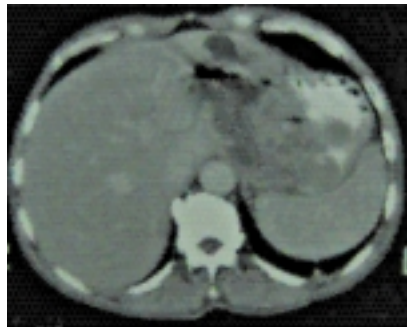
Tomografía computada de abdomen: (foto 3)



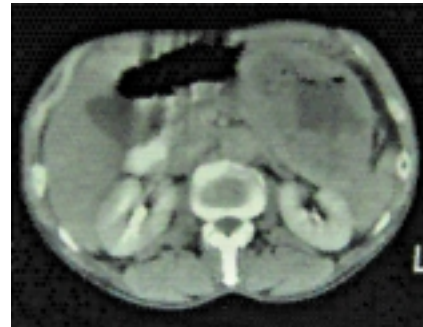
**Fotos 1.** Aire en marco colónico, desplazamiento en sentido caudal de hemicolon izquierdo.



**Fotos 2.** Seriada gastroduodenal, curvatura menor retraída, con úlcera a nivel subcardial, que comunica con extensa lesión tumoral cavitada retrogástrica



**Fotos 3.** La tomografía computada de abdomen evidenció una extensa formación tumoral con área central necrótica que engloba pared posterior gástrica, cuerpo y cola pancreática en su límite posterior, de 140 mm. de diámetro. Impronta el hilio esplénico con leve esplenomegalia acompañante y desplaza en sentido caudal al hemicolon izquierdo.



Con estas imágenes, y la clínica del paciente ¿cual es su diagnostico presuntivo?

*Institución: Hospital de Gastroenterología Dr Carlos Bonorino Udaondo, Caseros 2061 (1264). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.*

*Correspondencia: Patricia Fuente  
E-mail: patofuente@hotmail.com*

**Resolución del caso en la página 69**

## ◆ IMAGEN DEL NÚMERO

**Solución del caso: viene de la página 4**

**DIAGNÓSTICO:** Tumor del estroma gastrointestinal (GIST).

**Anatomía patológica:** proliferación de células fusiformes distribuidas en haces que muestran núcleos elongados relativamente uniformes, compatible con GIST.

**Inmunohistoquímica:** C-kit +, CD 34 +, CD 17 +, S 100 (focal).

**DISCUSIÓN:** Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) fueron descriptos en 1983 como tumores del tracto gastrointestinal y del mesenterio, derivados de células intersticiales de cajal, caracterizados por un patrón histológico e inmunohistoquímico específico. Con una edad media al momento del diagnóstico de 60 años, con una leve predominancia por el sexo masculino.<sup>1</sup> Los GIST pueden ser localizados en cualquier sitio del tracto gastrointestinal desde esófago a recto. Además, pueden originarse en sitios extraintestinales como mesenterio, epiploon y retroperitoneo. Excepcionalmente se localiza en vesícula y vejiga.

La presentación clínica depende de la localización y el tamaño tumoral, los tumores de menos de 2 cm suelen ser asintomáticos. Los más grandes pueden ser sintomáticos por su tamaño o por su tendencia a ulcerarse y sangrar. Las formas de presentación incluyen hemorragia digestiva, dolor abdominal, masa abdominal, disfagia, obstrucción y perforación.

Para su diagnóstico y estadificación se necesitan estudios complementarios tales como endoscopia con biopsia, tomografía, estudios contrastados, tomografía con emisión de positrones (PET), etc.

La Inmunohistoquímica en los GIST, en contraste con los tumores de músculo liso, es usualmente positiva para la expresión del receptor tirosin kinasa

KIT (detectado como antígeno CD117) y CD 34, variablemente positivo para actina y usualmente negativo para desmina y S100.<sup>2,3</sup>

La prevalencia de la mutación C-KIT es mayor al 90%.<sup>(4,5)</sup>

Los factores pronósticos son el índice mitótico y el tamaño tumoral. Lesiones menores a 2 cm y/o lesiones con bajo índice mitótico ocasionalmente metastatizan.<sup>6</sup>

El tratamiento de elección en este tipo de tumores es quirúrgico. En tumores avanzados se dispone en la actualidad de imatinib (inhibidor de la tirosin kinasa), el cual presenta un beneficio clínico en más del 80% de los pacientes.

### Referencias

1. Blay Y., Bonvalot S., Casali P. Report of the GIST consensus conference of 20-21 March 2004. *Ann oncol* 2005;16:566-578.
2. Hirota S, Isozaki K, Moriyama Y, et al. Gain-of-function mutations of c-kit in human gastrointestinal stromal tumors. *Science* 1998;279:577-580.
3. Rubin BP, Fletcher JA, Fletcher CDM. Molecular insights into the histogenesis and pathogenesis of gastrointestinal stromal tumors. *Int J Surg Pathol* 2000;8:5-10.
4. Lux ML, Rubin BP, Biase TL, et al. KIT extracellular and kinase domain mutations in gastrointestinal stromal tumors. *Am J Pathol* 2000;156:791-795.
5. Blanke CD, Von Mehren M, Joensuu H, et al. Evaluation of the molecularly targeted therapy STI 571 in patients with unresectable or metastatic gastrointestinal stromal tumors expressing KIT. *ASCO Proc* 20: 2, 2001; [http://virtualmeeting.asco.org/vm2001/interest\\_areas/special\\_sessions/ple-nary.htm](http://virtualmeeting.asco.org/vm2001/interest_areas/special_sessions/ple-nary.htm).
6. Miettinen M, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors-Definition, clinical, histological, immunohistochemical and molecular genetic features and differential diagnosis. *Virchows Arch* 2001;438:1-12.