



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

329/175 - TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Veli Cornelio¹; B. Gutiérrez Muñoz¹; S. Lisca Pérez²; P. Minchong Carrasco³; N. Otero Cabanillas⁴; M. Arias Lago⁵.

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alisal. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santoña. Cantabria. ³Médico Residente. Centro de Salud Centro. Cantabria. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Cantabria. ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Costa. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 67 años que acude por estreñimiento de 3 meses y asocia molestias abdominales difusas. AP: Ulcus duodenal. Tratamiento habitual omeprazol 20 mg. Acude en varias ocasiones a urgencias con diagnóstico de estreñimiento pautándose enemas de limpieza. Las últimas tres semanas se acompaña de hiporexia y náuseas sin vómitos sin clara pérdida de peso pero con marcado aumento del perímetro abdominal. Finalmente dado la evolución del cuadro se realiza Eco/TC abdominal evidenciándose proceso neofornativo primario a nivel gástrico además de datos sugestivos de carcinomatosis peritoneal.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración Física: Consciente y orientado en las tres esferas. Bien hidratado, bien perfundido, normocoloreado. Eupneico en reposo. Colaborador. ACP: rítmica no se oyen soplos. MVC. Abdomen: distendido, blando, no doloroso, algo timpánico en mesogastrio con leve matidez en flancos, impresiona de ligera matidez en flancos, no se palpan masas ni megalias, RHA+ . EEII: no edemas ni signos de TVP. Pruebas Laboratorio: Bioquímica: glucosa 64 mg/dl, ácido úrico 8,4 mg/dl, proteínas totales 5,3 g/dl, potasio 5,9 mEq/l, Hierro 20 µg/dl, índice de saturación de transferrina 14 %. Marcadores tumorales: Alfa-fetoproteína 0,5 ng/ml, CEA 0,5 ng/ml, CA 125 138 U/ml. Coagulación: actividad de protrombina 68 %. Hematimetría: leucocitos 6.200/µl, neutrófilos 4.240/µl, hemoglobina 12.700 g/dl, plaquetas 283.000/µl. Pruebas Radiología: Tc de abdomen con contraste: (urgencias) engrosamiento asimétrico de la pared gástrica a nivel de cuerpo probablemente relación con proceso neofornativo primario a dicho nivel con afectación ganglionar a nivel de ligamento gastrohepático y área celíaca. Posible metástasis hepática. Signos de carcinomatosis peritoneal. Anatomía patológica: Biopsia gástrica: úlcera y tejido de granulación con una proliferación celular de hábito epitelioide en profundidad. Mucosa gástrica adyacente a úlcera sin signos de displasia. El estudio IHQ muestra positividad inequívoca para DOG1 lo que sugiere que se trata de un Tumor del estroma gastrointestinal epitelioide (GIST).

Juicio clínico: Tumor del estroma gastrointestinal epitelioide (GIST).

Diagnóstico diferencial: Pseudobstrucción intestinal. Síndrome de colon irritable.

Comentario final: Se decide el ingreso en planta de Servicio de Digestivo por cuadro suboclusivo secundario a neoformación gástrica con afectación peritoneal y hepática irresecable tras ser valorado. Se realiza gastroscopia con informe AP de tumor del estroma gastrointestinal epitelioide a nivel gástrico (GIST). Durante el ingreso precisa instauración de nutrición parenteral, así como colocación de catéter de paracentesis por ascitis iniciándose tratamiento QT. El tumor del estroma gastrointestinal (GIST) es una neoplasia derivada principalmente de las células intersticiales de Cajal, situadas en la pared del tubo digestivo. El comportamiento biológico de los GIST es variable. Aunque en el pasado se pensaba que algunos eran benignos debido a sus características histopatológicas características, ahora es claro que con un seguimiento prolongado, prácticamente todos los GIST tienen el potencial de comportamiento maligno, incluso aquellos de 2 cm o menos con características histológicas suaves. Como todos los GIST se consideran potencialmente malignos, las clasificaciones de consenso se centran en estratificar las lesiones de acuerdo con el riesgo relativo de recurrencia y metástasis.

Bibliografía

-Morgan J, Raut CP, Duensing A, Keedy V. Epidemiology, classification, clinical presentation, prognostic features, and diagnostic work-up of gastrointestinal stromal tumors (GIST). En: Tanabi K, Maki R, Papo A Eds. Uptodate. 2018. [Actualizado diciembre 2017, citado marzo 2018]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-classification-clinical-presentation-prognostic-features-and-diagnostic-work-up-of-gastrointestinal-stromal-tumors-gist?search=Epidemiology,classification,clinicalpresentation,prognosticfeatures,anddiagnosticwork-upofgastrointestinalstromaltumors\(GIST\).&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-classification-clinical-presentation-prognostic-features-and-diagnostic-work-up-of-gastrointestinal-stromal-tumors-gist?search=Epidemiology,classification,clinicalpresentation,prognosticfeatures,anddiagnosticwork-upofgastrointestinalstromaltumors(GIST).&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)