

Extraña causa de anemia en mujer joven

J. Gervilla-Caño^a, J. Otal-Bareche^b y J. Soler-González^c

^aMedicina Familiar y Comunitaria. CAP Dr. Vilaseca (Can Mariner). Santa Coloma de Gramanet. Barcelona. España.

^bMedicina Familiar y Comunitaria. ABS Eixample. Lleida. España.

^cMedicina Familiar y Comunitaria. CS Rambla Ferran. Lleida. España.

Se presenta el caso de una paciente joven con anemia ferropénica que no era debida a una alteración ginecológica, sino a una causa digestiva poco habitual como es el cáncer gastrointestinal estromal de estómago. Este cáncer, raro en gente joven, tiene un origen celular poco claro y el diagnóstico se confirma mediante inmunohistoquímica.

Palabras clave: anemia ferropénica, tumor estromal, cáncer gástrico.

The case of a young female patient with iron-deficiency anemia is presented. It was not due to a gynecological alteration, but rather to a not very common digestive cause such as gastrointestinal stromal cancer of the stomach. This cancer, rare in young people, does not have a not very clear cellular origin and immunohistochemistry confirms the diagnosis.

Key words: iron-deficiency anemia, stromal tumor, gastric cancer.

INTRODUCCIÓN

Ante una mujer joven que presenta anemia lo primero que se suele pensar es que padece una alteración menstrual como causante del cuadro. Se debería hacer siempre una buena anamnesis y exploración física de la paciente antes de dar por supuesto una causa ginecológica.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente mujer de 21 años de edad sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedente de neumotórax espontáneo a los 16 años. No toma ninguna medicación de forma habitual. Acude a consulta por astenia de meses de evolución acompañada de episodios de mareo. Fue visitada por el ginecólogo días antes, y no se objetivó patología ginecológica, a excepción de un pequeño quiste en ovario derecho. A la exploración física presenta palidez cutaneomucosa, frecuencia cardíaca de 123x', frecuencia respiratoria de 16x', tensión arterial de 130/70 mmHg, temperatura de 36,1° C, un abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, con presencia de una masa pe-

riumbilical, peristaltismo conservado y Blumberg negativo; la auscultación cardiopulmonar fue anodina. Se realiza una analítica sanguínea con los siguientes resultados: hemoglobina 5,8, hematocrito 18,7%, volumen corpuscular medio (VCM) 61,9, hemoglobina corpuscular media (HCM) 19,3, leucocitos 9.000, plaquetas 731.000, glucosa 91, colesterol 129, proteínas totales 7,2, función hepática, renal e iones normales, hierro 24, ferritina 16,7, transferrina 330, haptoglobina 98,7, proteína C reactiva < 2 y coagulación normal. Es enviada a ámbito hospitalario para tratamiento de anemia severa y estudio de masa abdominal. Se le realiza una radiografía de tórax que es normal y una tomografía axial computarizada (TAC) toracoabdominal donde se observa una masa heterogénea de márgenes nodulares, dependiente de antro gástrico de 5 x 12 cm (anteroposterior x transversal), sin evidenciarse adenopatías torácicas ni abdominales, ni afectación de otros órganos. Se le realiza una gastroscopia objetivándose una lesión prominente en antro gástrico que afecta a la totalidad de la cara anterior y parte de la curvatura menor, sin afectación pilórica, de aspecto adenomatoso, con una lesión ulcerada en su parte inferior. Se realiza biopsia de la lesión en la que Anatomía Patológica confirma la masa como compatible con tumor gastrointestinal estromal (GIST) por la positividad inmunohistoquímica para CD117. Se le realiza intervención quirúrgica consistente en una gastrectomía distal con linfadenectomía y anastomosis gastroduodenal tipo Billroth I. Después de tres meses de la operación la paciente está asintomática, siguiendo controles periódicos.

Correspondencia: J. Gervilla Caño.
Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Eixample.
C/ Arboló nº 2, 1º 1ª.
25001 Lleida. España.
Correo electrónico: msx333@gmail.com

Recibido el 26-09-06; aceptado para su publicación el 19-12-06.

DISCUSIÓN

El cáncer estromal o GIST (tumores gastrointestinales estromales) es la segunda neoplasia no epitelial más frecuente del tubo digestivo después del linfoma, y su localización preferente es el estómago. Tiene una baja incidencia¹. Se desarrollan a partir de tejido mesenquimático de las paredes del tubo digestivo desde la capa muscular propia, o entre ésta y la muscular de la mucosa. Hay controversia en su origen celular, y es por ello por lo que se denominaron estromales (originados en el estroma); sus células presentan características parecidas a las células intersticiales de Cajal, implicadas en la regulación de la motilidad intestinal, y sobreexpresan la proteína tirocinasa KIT (detectable mediante inmunohistoquímica)². Tienen un comportamiento difícil de predecir, utilizándose como criterios de benignidad o malignidad el tamaño del tumor y el número de mitosis; en este punto parece que tampoco hay un consenso, pero de forma más habitual se consideran malignos los mayores de 10 cm y los que presentan más de 5 mitosis por 50 campos³. Se diagnostican en la edad adulta, siendo su aparición rara en niños y adultos jóvenes⁴. Con frecuencia se produce su detección casual tras la realización de alguna exploración complementaria, y cuando da sintomatología lo suele hacer en forma de hemorragia digestiva alta^{5,6} por ulceración de la mucosa, pudiendo aparecer también como dolor abdominal, masa palpable, pérdida de peso o intolerancia digestiva. Puede formar parte de la tríada de Carney⁷ (cáncer estromal gástrico, condroma pulmonar y paraganglioma extra adrenal). Al realizar una analítica se puede objetivar anemia que puede llegar a ser severa con frecuencia². Cuando metastatiza lo hace generalmente vía hematológica y el órgano más frecuentemente afectado es el hígado. Con la realización de estudio endoscópico se puede sospechar por la observación de una lesión sobrelevada con la mucosa respetada y que ha sangrado. Si se realiza recogida de muestras para biopsia dará un resultado negativo si sólo se obtiene mucosa, ya que su origen es submucoso. Si se realiza una TAC y una endosonografía se podrá observar la localización, tamaño, afectación de órganos vecinos y la presencia de metástasis⁸. Su diagnóstico confirmatorio mediante la anatomía patológica de la muestra se realiza mediante la reacción inmunohistoquímica positiva para CD117 (positiva en el 95%); otros anticuerpos monoclo-

nales utilizados son los CD34 (positividad 60-70%), vimentina (+), actina (-) y proteína S-100 (-)². Su tratamiento se basa en la resección quirúrgica que, en ocasiones, puede tener finalidad paliativa. En tumores no resecables o ante recidivas se puede utilizar como tratamiento adyuvante imatinib. La quimio y la radioterapia no son útiles por ser tumores resistentes a este tipo de tratamiento. Su pronóstico es mejor que el adenocarcinoma de la misma localización, teniendo una supervivencia a los 5 años en los metastásicos del 54%².

Aunque la causa más frecuente de anemia ferropénica en mujeres jóvenes es la ginecológica, se debería tener presente también la causa digestiva. Se debería hacer una buena anamnesis y exploración física, ayudándonos de las exploraciones complementarias que consideremos necesarias antes de dar por supuesto que su anemia se debe a alteraciones menstruales. De esta forma evitaremos retrasar el diagnóstico de algunas patologías no tan frecuentes, como la del presente caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Graadt van Roggen JF, Van Velthuysen ML, Hogendoorn PC. The histopathological differential diagnosis of gastrointestinal stromal tumours. *Clin Pathol.* 2001;54:96-102.
2. Martín Lorenzo JG, Aguayo Albasini JL, Torralba Martínez JA, Lirón Ruiz R, Giménez Bascuñana A, Miquel Perelló J, et al. Tumores gástricos estromales. Diagnóstico, pronóstico y tratamiento quirúrgico actual. Seguimiento de 18 pacientes tratados. *Cir Esp.* 2006;79:22-7.
3. Miettinen M, El-Rifai WHL, Sobin L, Lasota J. Evaluation of malignancy and prognosis of gastrointestinal stromal tumours: a review. *Hum Pathol.* 2002;33:478-83.
4. Miettinen M, Lasota J, Sobin LH. Gastrointestinal stromal tumors of the stomach in children and young adults: a clinicopathologic, immunohistochemical, and molecular genetic study of 44 cases with long-term follow-up and review of the literature. *Am J Surg Pathol.* 2005;29:1373-81.
5. Dierkes-Globisch A, Goeller T, Mohr HH. Gastric stromal tumor-a rare cause of an upper gastrointestinal bleeding. *Z Gastroenterol.* 2001;39:467-70.
6. Siewert E, Tietze L, Maintz C, Geier A, Dietrich CG, Matern S, et al. Gastrointestinal stromal tumors: a broad clinical spectrum from incidental-discovery to acute gastrointestinal bleeding. *Z Gastroenterol.* 2004;42:233-42.
7. Carney JA, Sheps SG, Go VL, Gordon H. The triad of gastric leiomyosarcoma, functioning extra-adrenal paraganglioma and pulmonary chondroma. *N Engl J Med.* 1977;296:1517-8.
8. Butte JM, Cabrera R, Méndez G, Llanos O. Tumores estromales del estómago. *Rev Chil Cir.* 2006;58:25-9.