

Tumor de GIST abscedado como causa de abdomen agudo. Reporte de un caso

Carmen Emilia Ortega-Aguilera,⁽¹⁾ Carlos Alberto Mejía-Picasso,⁽²⁾ Raúl Bautista-Cruz,⁽³⁾

carmen.ortega.a94@outlook.com

RESUMEN

El dolor abdominal es uno de los motivos más frecuentes de asistencia a los servicios de urgencias. Este síntoma puede ser la manifestación de muchas entidades de distinta gravedad y tratamiento, entre estas entidades se pueden presentar los tumores. Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son los tumores mesenquimales más comunes del tracto digestivo. Se da a conocer el reporte de un caso que ingresa con dolor abdominal sospecha de apendicitis, que terminó con diagnóstico histológico de GIST.

Palabras claves: Tumor del estroma gastrointestinal (GIST), diagnóstico diferencial, dolor abdominal, abdomen agudo.

SUMMARY

Abdominal pain is one of the most frequent reasons for attending the emergency services. This symptom can be the manifestation of many entities of different severity and treatment, among these entities tumors can occur. Gastrointestinal stromal tumors (GISTs) are the most common mesenchymal tumors of the digestive tract. It is made known

Report of a case that was admitted with abdominal pain suspected of appendicitis, which ended with a histological diagnosis of GIST.

Keywords: *Gastrointestinal stromal tumor (GIST), differential diagnosis, abdominal pain, acute abdomen.*

INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal es uno de los motivos más frecuentes de asistencia a los servicios de urgencias. Este síntoma puede ser

la manifestación de muchas entidades de distinta gravedad y tratamiento.¹

Por otro lado, se define abdomen agudo aquella situación «crítica» que cursa con síntomas abdominales graves, y que requiere un tratamiento médico o quirúrgico urgente. Las manifestaciones más frecuentes son:

- Dolor abdominal agudo.
- Alteraciones gastrointestinales.
- Repercusión sobre el estado general.²

Podría decirse que la historia de la enfermedad es la parte más importante en la evaluación de un paciente con dolor abdominal. La anamnesis y el examen físico por sí solos fueron capaces de determinar entre las causas orgánicas, y no orgánicas del dolor abdominal en el 79% de los pacientes. Otro estudio demostró que una anamnesis cuidadosa por sí sola, puede llevar al diagnóstico correcto hasta en el 76% de los casos.³ Una vez que se obtiene un historial completo de la enfermedad que se presenta, el examen físico ayuda a reducir aún más el diagnóstico diferencial y localizar mejor a los pacientes.³ La ubicación del dolor es fundamental, ya que puede indicar un proceso localizado; sin embargo, en pacientes con aire libre, puede presentarse con dolor abdominal difuso. La auscultación puede revelar la ausencia de ruidos intestinales, y la palpación puede revelar dolor de rebote y defensa, lo que sugiere peritonitis.⁴

El enfoque del diagnóstico inicial en el abdomen agudo se basa en la evaluación clínica, (que incluye la historia clínica y el examen físico), lo que permite establecer rápidamente un diagnóstico de sospecha con una sensibilidad relativamente alta, pero una especificidad bastante baja. Los estudios adicionales, incluidos los marcadores de laboratorio, las imágenes y, si es necesario, los diagnósticos intervencionistas, deben iniciarse rápidamente después de la primera evaluación clínica para confirmar el diagnóstico sospechado, o para

⁽¹⁾ Residente de Cirugía General de primer año del Hospital Regional de Alta Especialidad “Dr. Gustavo A. Roviroso Perez”.

⁽²⁾ Profesor Titular de la Residencia en Cirugía General del Hospital Regional de Alta Especialidad “Gustavo A. Roviroso”.

⁽³⁾ Médico cirujano adscrito del Hospital Regional de Alta Especialidad “Gustavo A. Roviroso”.

clasificar mejor los casos poco claros.⁵

Por lo general, se solicita un conteo sanguíneo completo. (BHC), un perfil metabólico completo y lipasa. En casos específicos se pueden solicitar estudios adicionales, por ejemplo: en adultos mayores de 40 años un electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones puede ayudar a descartar un infarto de miocardio como la causa del aparente dolor abdominal intenso, también es importante saber si un paciente con isquemia mesentérica está en fibrilación auricular. Para sepsis o isquemia mesentérica, se debe ordenar un lactato; y se necesita una prueba de embarazo en orina o suero en el estudio del embarazo octópico.⁴

El diagnóstico por imágenes ha avanzado rápidamente en las últimas tres décadas. Una ecografía a pie de cama en el Servicio de Urgencias puede diagnosticar colecistitis, hidronefrosis, hemoperitoneo y la presencia de un aneurisma de aorta abdominal en menos de 5 minutos,⁴ ayudando en el diagnóstico oportuno del paciente.

Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son los tumores mesenquimales más comunes del tracto digestivo. Las tasas de incidencia anuales varían de 4,3 a 22 casos por millón en diferentes regiones geográficas. En la mayoría de los estudios, sin embargo, la incidencia anual se indica como 10 a 15 casos por millón, cumpliendo el criterio de una enfermedad rara. Se informa que la mediana de edad en el momento del diagnóstico es de 60 a 69 años en la mayoría de los estudios.⁶

Un estudio de 47 pacientes describió que las manifestaciones clínicas del tumor de GIST pueden ser variadas y dependen del sitio de localización del tumor.⁷ Aunque algunos casos pueden ser asintomáticos, los síntomas habituales incluyen hemorragia digestiva, anemia inexplicable, masa abdominal palpable o dolor abdominal por perforación, o efecto de presión.⁸ El síntoma más frecuente fue el dolor abdominal.

El sangrado del tubo digestivo y el dolor abdominal fueron más frecuentes en los GIST gástricos (58% y 61%); los síntomas abdominales agudos fueron más frecuentes en los GIST de yeyuno e íleon (40% y 60%), $p < 0,05$. Hubo una correlación entre el índice de tasa mitótica y los síntomas al momento de la presentación ($p = 0,074$): esta correlación fue más fuerte si los GIST que causan “síntomas abdominales agudos” se compararon con los GIST que causan “dolor abdominal” como síntoma principal ($p = 0,039$) y con “GIST incidentales” ($p = 0,022$). Observamos una mayor prevalencia de pacientes sintomáticos en el “grupo de alto riesgo/maligno” tanto de la clasificación de Fletcher como de Miettinen ($p < 0,05$).⁷ La aparición de obstrucción del intestino grueso por GIST rectal es un escenario mucho más inusual, que se vuelve más

intrigante cuando se asocia con síntomas urinarios.⁸ Los GIST también pueden presentarse con signos y síntomas de efecto de masa y dolor o malestar abdominal inespecífico. Del 15% a 30% de los GIST se encuentran incidentalmente en cirugía, imágenes o autopsia.⁹ El estómago, es la localización más común.⁸ Si bien no se recomienda como la imagen inicial de elección, las radiografías abdominales en pacientes con un GIST pueden mostrar una masa de tejido blando inespecífica que desplaza la sombra de aire gástrica con realce periférico.²

En los estudios con bario, los GIST tienen las características clásicas de las masas submucosas, como las de los leiomiomas o los leiomiomasarcomas. En la TC, los GIST suelen ser masas que no realzan con áreas de baja atenuación por hemorragia, necrosis o formación de quistes. Las características de las imágenes por resonancia magnética (RMN) de los GIST varían según el grado de necrosis y hemorragia.⁹

OBJETIVO

Se dará a conocer el reporte de un caso que al llegar al Hospital tenía una presentación clínica de abdomen agudo con sospecha principal de apendicitis aguda, sin embargo, al realizar el estudio histopatológico se encontró un Tumor de GIST; con el objetivo de dar a conocer los tumores como causa poco frecuente y que comúnmente pasa desapercibida como diagnóstico diferencial del abdomen agudo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta a continuación el reporte de un caso, con datos recopilados del expediente clínico tomado del archivo del Hospital Regional de Alta Especialidad “Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez” en junio 2022 con el consentimiento previamente obtenido del paciente.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino de 28 años de edad sin antecedentes de importancia para padecimiento actual, niega antecedentes familiares de cáncer, niega pérdida ponderal u otros datos de síndrome consuntivo, inicia 4 días previos a su hospitalización con dolor en fosa iliaca derecha de intensidad leve, determinado por el paciente como 4/10, posteriormente el dolor se exacerba permaneciendo en la misma región el día siguiente a un 9/10, por lo que el paciente consume paracetamol 650 mg cada 8 horas sin mejoría, agregándose alza térmica no cuantificada, náusea y vómito, por lo que acude con facultativo el cual solicita ultrasonido abdominal, e inicia manejo con antiespasmódico y procinético, con leve disminución del

CASO CLÍNICO

cuadro clínico momentáneamente, pero con posterior exacerbación del dolor a 9/10 con dolor abdominal difuso. El paciente acude al Hospital de La Venta con ultrasonido que reporta: imagen ovalada con forma quística en cuadrante inferior derecho del abdomen que pudiera ser el apéndice con medidas de 5.2 x 5.54 cm (Figura 1), se sugiere realizar análisis de laboratorio para complementar diagnóstico, por lo que es referido al Hospital Regional de Alta Especialidad “Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez” por probable apendicitis.

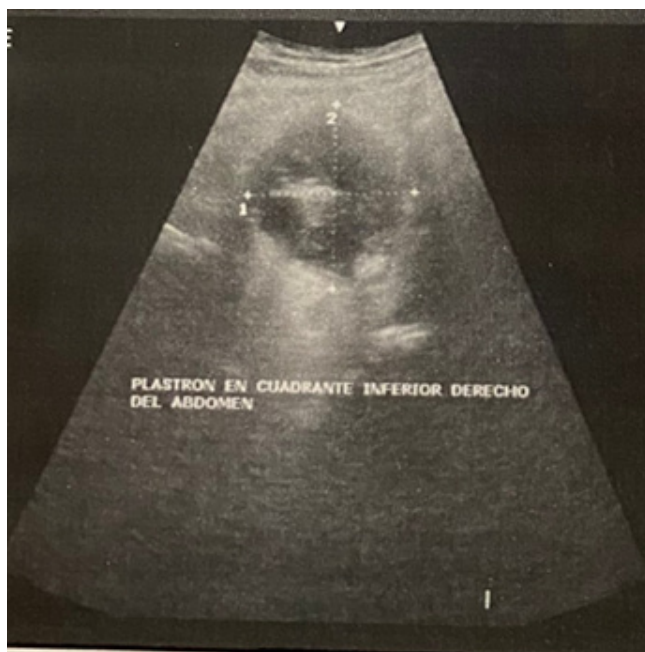


Figura 1. Ultrasonido de fosa iliaca derecha.

A su llegada se interroga y se explora físicamente, destacando que se encuentra con los siguientes signos apendiculares positivos: McBurney, psoas, obturador, rovsing, talopercusión y rebote, con resistencia muscular voluntaria a la palpación de todo el abdomen. En cuanto a los análisis de laboratorio se encuentra leucocitosis de 14 300 cel/ul, neutrofilia con un 77.9% de neutrófilos, PCR 14.77 mg/dL, examen general de orina con nitritos negativo, estearasa leucocitaria negativa y leucocitos 1 cel/ul, resto dentro de parámetros normales. Se realiza ultrasonido institucional que reporta signos ecográficos sugestivos de absceso en fosa iliaca derecha, se realizan escalas para apendicitis obteniendo un Alvarado de 8 puntos, RIPASA 12.5 puntos, AIR 7 puntos, por lo que clínicamente se integra cuadro de proceso inflamatorio apendicular y se pasa a quirófano el día de su ingreso, encontrándose tumoración de 10x10cm dependiente de ciego, con adherencias firmes a mesenterio y porción distal de íleon y absceso localizado en fosa iliaca derecha con 50cc de líquido purulento, se realiza hemicolectomía

más resección de 20 cm de íleon terminal, con ileostomía y procedimiento de Hartmann de colon. Se envía pieza a patología que reporta: Tumor del estroma gastrointestinal (GIST), en región de válvula ileocecal, tamaño del tumor de 80 mm de diámetro, no se identifica necrosis, aspecto macroscópico: neoplasia nodular en el espesor de la muscular propia, subtipo de GIST fusocelular, índice mitótico de 1-2 mitosis por 50 campos de alto poder, bordes quirúrgicos con inflamación crónica leve, no hay evidencia de proceso inflamatorio agudo en márgenes operatorios, segmento colónico congestivo y con edema, segmento de íleon terminal con zonas de hemorragia e isquemia, apéndice cecal dilatado/congestivo. Por lo que el paciente es referido a unidad con especialidad de oncología para continuar con seguimiento del caso.

DISCUSIÓN

En el caso reportado el paciente se presenta con un cuadro de abdomen agudo, en la literatura se describe que al recibir un paciente con abdomen agudo, el primer paso y el más importante es una historia detallada de la presentación del dolor abdominal, mismo que se realizó en el caso presentado, sin embargo, al no sospechar de proceso neoplásico, se pasaron por alto en el interrogatorio síntomas que pudiesen ser compatibles con un tumor GIST, como sangrado de tubo digestivo, dolor abdominal o constipación en días previos. El paciente cumple con lo descrito en la literatura revisada al ser el dolor abdominal el síntoma más común en tumor de GIST, no presentó clínica de sangrado de tubo digestivo u oclusión intestinal también descritos en tumores de GIST, y epidemiológicamente nuestro paciente no entra en la edad media de presentación del tumor. Al presentarse en íleon terminal no es de las presentaciones más frecuentes del tumor de GIST, en el que la localización más frecuente es el estómago.

En cuanto al abordaje, se hizo ultrasonografía como primer estudio de gabinete, sin embargo, no se profundizó, ni se complementó con algún otro estudio imagenológico, que pudiese haber ayudado a hacer el diagnóstico preoperatorio de neoplasia del intestino, como la tomografía computada o la resonancia magnética. El diagnóstico diferencial entre benigno o maligno intraoperatorio es difícil (generalmente los menores a 4 cm. de diámetro son benignos).¹⁰ Por lo que ante la duda sobre un proceso neoplásico al encontrarse en el periodo transquirúrgico, es recomendado realizar una resección con mesenterio, como es lo habitual en las neoplasias o la sospecha de estas. La resección habitual tiene la forma de un triángulo, cuya base está en el intestino y el vértice en la vecindad de la arteria mesentérica superior, en donde se encuentra el vaso sanguíneo (1 o 2) relacionado

a ese sector del intestino. La base comprende el tumor y los márgenes de seguridad proximal y distal. Conviene comenzar por la sección del mesenterio dejando el intestino para después, para que el tiempo séptico sea menor, si se planea realizar anastomosis en el mismo tiempo quirúrgico, la anastomosis latero-lateral es una anastomosis segura y que puede efectuarse cualquiera sea la discordancia de calibre del intestino. En los tumores malignos del íleon terminal se debe resear el íleon con un margen proximal y su mesenterio, más hemicolectomía derecha,¹⁰ como lo realizado en el caso presentado, sin embargo no se realizó resección de mesenterio correspondiente, parte importante del evento quirúrgico cuando se sospecha de alguna neoplasia maligna, en el caso presentado en primera instancia no se sospechaba de algún tumor maligno, sin embargo durante el transquirúrgico si se tuvo la sospecha, por lo que la resección con el mesenterio fue algo que se debió haber agregado al procedimiento, y que esperamos incorporar en próximos casos que encontremos con sospechas de tumoraciones y que esperamos el lector adquiriera.

CONCLUSIÓN

El tumor de GIST es un padecimiento raro, los síntomas más comunes son el dolor abdominal y sangrado de tubo digestivo, y no debemos olvidar que un porcentaje de los pacientes se presentan como abdomen agudo, por lo que al abordar a los pacientes con abdomen agudo debemos tener en cuenta diagnósticos diferenciales como neoplasias, y nuestro interrogatorio dirigido debe ir en búsqueda de síntomas que pudiesen dar los diferentes diagnósticos diferenciales, se debe interrogar antecedentes de hemorragia de tubo digestivo, constipación crónica, oclusión intestinal, en los pacientes con cuadro de abdomen agudo y sospecha de una neoplasia, sobre todo en el tumor de GIST, que se debe tomar en cuenta en pacientes con edades entre 60-69 años con antecedente de sangrado de tubo digestivo, y/o anemia que no concuerda con otras patologías en el contexto clínico del paciente, o datos previos de constipación, debido a que son las principales manifestaciones clínicas del tumor de GIST. No olvidemos que el tumor de GIST es una enfermedad rara, aunque es de los tumores más comunes del intestino, por lo que, aunque el interrogatorio dirigido debe cuestionar datos clínicos compatibles con esta patología, no se debe pensar como primer diagnóstico en un paciente con cuadro de abdomen agudo que no esté presentando síntomas compatibles con la patología, ni se encuentre dentro de la edad media de presentación del tumor de GIST. Una vez efectuado el abordaje quirúrgico si los hallazgos hacen al cirujano tener la sospecha de algún tipo de tumoración, es recomendado realizar la cirugía enfocada como si se tratase de un tumor maligno.

REFERENCIAS

- Ostabal Artigas, M. Dolor abdominal en urgencias. *ELsevier* 2002 (40)9.. Elsevier.es. Recuperado el 15 de enero de 2023, de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-dolor-abdominal-urgencias-13041114>.
- Bassy Iza, N. et. Al. Abdomen agudo. *Tratado de Geriátria para Residentes*. 2005 Segg.es. [citado el 23 de enero de 2023]. Disponible en: https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2055_III.pdf
- Natesan S, Lee J, Volkamer H, Thoureen T. Evidence-Based Medicine Approach to Abdominal Pain. *Emerg Med Clin North Am*. 2016 May;34(2):165-90. doi: 10.1016/j.emc.2015.12.008. PMID: 27133239.
- Patterson JW, Kashyap S, Dominique E. Acute Abdomen. 2022 Jul 11. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan–. PMID: 29083722.
- Bokemeyer A, Ochs K, Fuhrmann V. Akutes Abdomen: Diagnostik [Acute Abdomen: Diagnostic Management]. *Dtsch Med Wochenschr*. 2020 Oct;145(21):1544-1551. German. doi: 10.1055/a-1007-4264. Epub 2020 Oct 20. PMID: 33080641.
- Waidhauser J, et, al. Frequency, localization, and types of gastrointestinal stromal tumor-associated neoplasia. *World J Gastroenterol*. 2019 Aug 14;25(30):4261-4277. doi: 10.3748/wjg.v25.i30.4261. PMID: 31435178; PMCID: PMC6700699.
- Caterino S, Lorenzon L, Petrucciani N, Iannicelli E, Pillozzi E, Romiti A, Cavallini M, Ziparo V. Gastrointestinal stromal tumors: correlation between symptoms at presentation, tumor location and prognostic factors in 47 consecutive patients. *World J Surg Oncol*. 2011 Feb 1;9:13. doi: 10.1186/1477-7819-9-13. PMID: 21284869; PMCID: PMC3039617.
- Adesunkanmi AO, Olasehinde O, Ndegbu CU, Odunafolabi TA, Mustapha B, Lawal AO, Olorunsola IS. Rectal gastrointestinal stromal tumor: an unusual presentation of an uncommon pathology (a case report). *Pan Afr Med J*. 2021 Aug 12;39:234. doi: 10.11604/pamj.2021.39.234.26727. PMID: 34659607; PMCID: PMC8498667.
- Rashid H, Chung J, Haghshenas MP, Humphries MH, Sarva S. Catching the GIST: Massive Gastrointestinal Stromal Tumor Presenting as Acute Dyspnea. *J Radiol Case Rep*. 2022 Apr 1;16(4):11-16. doi: 10.3941/jrcr.v16i4.4466. PMID: 35530420; PMCID: PMC9063817.
- Ramos Socarrás, A., et al. Tumor del estroma gastrointestinal. *Rev. gastroenterol. Perú* [Internet]. 2014 Jul [citado 2023 Abr 07] ; 34(3): 237-241. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292014000300009&lng=es.

REFERENCIAS DE APOYO

Panbude SN, Ankathi SK, Ramaswamy AT, Saklani AP.

CASO CLÍNICO

Gastrointestinal Stromal Tumor (GIST) from esophagus to anorectum - diagnosis, response evaluation and surveillance on computed tomography (CT) scan. *Indian J Radiol Imaging*. 2019 Apr - Jun;29(2):133-140. doi: 10.4103/ijri.IJRI_354_18. PMID: 31367084; PMCID: PMC6639866.

Kersting S, Janot-Matuschek MS, Schnitzler C, Chourio Barboza DE, Uhl W, Mittelkötter U. GIST: Correlation of risk classifications and outcome. *J Med Life*. 2022 Aug;15(8):932-943. doi: 10.25122/jml-2021-0110. PMID: 36188659; PMCID:PMC9514