

Tumor estromal intestinal. Necrosis aguda liquefactiva

Luis López-Negrete • Jorge G. Lozano • J. Luis Sánchez • Julio Sala

Servicio de Radiología. Hospital Valle del Nalón. Riaño (Langreo).

Los tumores estromales forman parte, junto con leiomiomas y schwannomas, de los denominados tumores mesenquimatosos de la pared intestinal. El tumor estromal se diferencia histológicamente de los demás tumores mesenquimatosos al derivar de las células intersticiales de Cajal.

Estos tumores pueden localizarse a lo largo de todo el tubo digestivo, aunque son más frecuentes en estómago e intestino delgado. Clínicamente se manifiestan como una anemia secundaria a un sangrado intestinal. Son raros los cuadros abdominales agudos por perforación o necrosis.

Presentamos el caso de un tumor estromal yeyunal con necrosis masiva liquefactiva, lo cual le confiere unas características radiológicas peculiares.

Palabras claves: Tumores estromales. Tumor estromal intestinal. Tumor mesenquimatoso intestinal.

Los tumores mesenquimatosos se dividen, atendiendo a su histología, en tumores leiomiomatosos, tumores neurogénicos (schwanomas) y tumores estromales (1).

Esta clasificación histológica reciente, se asienta en el diferente origen histológico que presentan estos tumores. Hoy en día se diferencia por técnicas immunohistoquímicas los tumores derivados del músculo liso (leiomiomatosos) de los derivados de las células intersticiales de Cajal (estromales) (2). Anteriormente eran encuadrados ambos dentro del mismo cajón de sastre.

Se pueden localizar tumores estromales en cualquier punto del tubo digestivo, el mayor porcentaje de los mismos se localizan en el estómago, la segunda localización en frecuencia la representa el yeyuno, siendo excepcionales los colónicos y esofágicos (3). Epidemiológicamente presentan un pico de incidencia entre los 50-59 años y se manifiestan con igual frecuencia en hombres que en mujeres. Estos tumores presentan una mayor incidencia en los pacientes con neurofibromatosis. Se han descrito casos de

López-Negrete L, Lozano J, Sánchez L, et al. Tumor estromal intestinal. Necrosis aguda liquefactiva. Radiología 2001;43(1):35-37.

Correspondencia:

LUIS LÓPEZ-NEGRETE DÍAZ-FAES. C/ Ezcurdia, 22, 1.^o dcha.
33202 Gijón. Asturias.
E-mail: l-negrete@terra.es, l-negrete@mixmail.com.
radiología@hvnl.insalud.es.

Recibido: 3-X-2000.

Aceptado: 15-XII-2000.

Gastrointestinal stromal tumor: acute liquefaction necrosis

Stromal tumors, together with leiomyomas and schwannomas, constitute the so-called mesenchymal tumors of the intestinal wall. Stromal tumors are histologically differentiated from other mesenchymal tumors in that they are derived from the interstitial cell of Cajal.

These tumors can be encountered at any point throughout the entire digestive tract, but usually develop in stomach or small bowel. The clinical presentation in anemia secondary to gastrointestinal bleeding. Acute abdomen due to perforation or necrosis is rare.

We present a case of jejunal stromal tumor with massive liquefaction necrosis, a circumstance that resulted in the peculiar radiological features observed.

Key words: Stromal tumors. Gastrointestinal stromal tumor. Gastrointestinal mesenchymal tumor.

tumores estromales múltiples en el contexto de esta enfermedad (4).

El pronóstico de los tumores estromales varía dependiendo de su clasificación en malignos (10-30%) o benignos. El rango de metástasis en los malignos oscila del 24% al 50%, presentándose con mayor frecuencia en el hígado (5). Se han propuesto múltiples criterios para la clasificación de estos tumores en benignos y malignos, los más aceptados actualmente son el índice mitótico, el tamaño y necrosis tumoral. A mayor tamaño, necrosis e índice de mitosis, un comportamiento más agresivo. Se consideran factores de mal pronóstico la localización gástrica, el sexo masculino y la presentación en edad inferior a los 40-45 años (6).

Clínicamente se manifiestan por anemia secundaria a un sangrado intestinal crónico (7). No suelen presentarse como masa abdominal palpable. Pueden provocar un cuadro de abdomen agudo secundario a su perforación. Aunque sí es cierto que los que presentan un tamaño considerable tienen tendencia a la necrosis, no conocemos casos publicados que describan la posibilidad de abdomen agudo secundario a necrosis masiva liquefactiva.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Varón de 61 años, EPOC, ex-bebedor y fumador. Acude al Servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal brusco de 24 horas de evolución.

En la exploración abdominal se objetiva una sensación de ocupación en mesogástrico por una masa redondeada, timpánica y

Fig. 1.—Rx simple de abdomen. Aire atípico extraluminal en el mesogastrio.

dolorosa a la palpación profunda. La analítica del paciente mostró una anemia por sangrado crónico y leucocitosis sin desviación izquierda.

En la radiografía simple de abdomen se observa aire extraluminal de localización atípica en mesogastrio (Fig. 1), con un claro nivel en la placa realizada en bipedestación. El enema opaco realizado para descartar volvulo o divertículo colónico, sólo mostró una compresión extrínseca del tercio medio del colon transverso (Fig.2). Seguidamente se introdujo bario a través de la sonda nasogástrica demostrando la existencia de una compresión extrínseca o de pared a nivel de la primera asa yeyunal (Fig. 3).

Con la sospecha de quiste mesentérico o quiste de duplicación complicados se realizó una tomografía computarizada (TC), que mostró una masa sólido-quística de 8×6 cm, con nivel hidroáreo, de paredes irregulares y engrosadas, localizada en la raíz del mesenterio, en íntimo contacto con la primera asa yeyunal, provocándose una compresión aparentemente extrínseca (Fig. 4).

El estado del paciente se deterioró en pocas horas por lo que precisó intervención quirúrgica urgente, demostrándose la presencia de una masa sólido-quística parcialmente perforada y con peritonitis localizada, en contacto con la primera asa yeyunal, que tuvo que ser resecada en conjunto con la tumoración.

El diagnóstico anatomo-patológico fue de tumor estromal intestinal, con necrosis masiva liquefactiva. El índice de mitosis observado, los resultados de las técnicas inmunohistoquímicas y el tamaño de la masa aconsejan clasificarla como tumoración estromal intestinal maligna.

Fig. 2.—Placa postevacuación y en bipedestación del enema opaco. Se observa la localización extracólica de la lesión, así como la compresión extrínseca del colon transverso.

DISCUSIÓN

Hasta hace pocos años los tumores de la pared intestinal se clasificaban según su origen dependiera de células musculares (leiomatosos), nerviosas (neurogénicos), estructuras vasculares (angiomasos) o de células mesenquimatosas primitivas (lipomatatos, fibrosos, etc.). El mayor porcentaje de los mismos lo representaban los leiomatosos. El avance de las técnicas inmunohistoquímicas mostró el diferente comportamiento y origen de este gran cajón de sastre, demostrando la existencia de una nueva variante tumoral, con origen celular (células intersticiales de Cajal) y marcadores inmunohistoquímicos diferentes, denominada tumor estromal intestinal. Revisiones anatomo-patológicas de grandes series de tumores leiomatosos demostraron que un porcentaje importante de los mismos correspondía a tumores estromales intestinales (5).

El cuadro clínico más común de presentación de estos tumores es una anemia por sangrado intestinal crónico. El diagnóstico endoscópico de los tumores estromales intestinales está muy limitado por su localización distal, por lo que las técnicas de diagnóstico por imagen deben de ser concluyentes, obteniéndose mejores resultados con la enteroclisis. Existen algunos casos publicados en los que el diagnóstico se realizó mediante ecografía, presentándose como masas sólidas, redondeadas y homogéneamente hipoechogénicas (8). La técnica estrella en el diagnóstico de estos tumores es la TC (9), al tratarse de tumores de pared con crecimiento pre-

Fig. 3.—Se introduce bario por sonda nasogástrica, demostrándose una estenosis franca por compresión extrínseca o de la pared en la primera asa yeyunal.

dominante extrínseco (son raros los cuadros de obstrucción intestinal) y un tamaño considerable al diagnóstico, son fácilmente identificables por esta técnica. La radiología simple rara vez aporta datos (excepto en nuestro atípico caso).

El diagnóstico diferencial del tumor estromal intestinal se plantea con cualquier tumor mesenquimatoso de la pared intestinal, metástasis, linfoma, tumores carcinoides, tumoraciones mesentéricas primarias y metastásicas. Nuestro caso en particular, por presentar un nivel hidroaéreo, fue diagnosticado como quiste mesentérico o quiste de duplicación complicado, frente a tumor de la pared intestinal necrosado e infectado.

En conclusión la presencia de una masa de pared intestinal, con un tamaño superior a 5 cm, de localización yeyunal, con necrosis central (pudiendo presentar un nivel) y sin grasa en su interior, nos hacen incluir en el diagnóstico radiológico el tumor estromal intestinal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Miettinen M, Virolainen M, Sarlomo-Rikala M. Gastrointestinal stromal tumors-value of CD34 antigen in their identification and separation from true leiomyomas and schwannomas. Am J Surg Pathol 1995;19(2):207-16.
2. Miettinen M, Sarlomo-Rikala M, Lasota J. Gastrointestinalstromal tumors: recent advances in understanding of their biology. Hum Pathol 1999;30(10):1213-20.
3. Miettinen M, Sarlomo-Rikala M, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors. Ann Chir Gynaecol 1998;87(4):278-81.
4. Min KW, Balaton AJ. Small intestinal stromal tumors with skeinoid fibers in neurofibromatosis: report of four cases with ultrastructural study of skeinoid fibers from paraffin blocks. Ultrastruct Pathol 1993;17(3):307-14.
5. Balchard DK, Budde JM, Hatch GF 3rd et al. Tumors of small intestine. World J Surg 2000;24(4):421-9.
6. Gloeckner K, Rudolph P, Feller AC. Prognostic factors for gastrointestinal stromal tumors. Verh Dtsh Ges Pathol 1998;82:253-60.
7. Perego M, Strada E, Alvisi C, Ascoli E. Gastrointestinal stromal tumor as the cause of intestinal hemorrhage: description of a clinical case. Ann Ital Med Int 1998;13(2):125-7.
8. Bozkurt T, Butsch B, Schmiegelow P, Lux G. Ultrasound imaging of mesenchymal small intestinal tumors in the diagnosis of unexplained gastrointestinal hemorrhage. Ultraschall Med 1993;14(6):264-8.
9. Buckley JA, Fishman EK. CT evaluation of small bowel neoplasms: spectrum of disease. Radiographics 1998;18(2):379-92.