

# Cartas al Director



## Pequeño GIST duodenal como causa de hemorragia digestiva masiva en un paciente joven

**Sr. Director:**

El término GIST (*gastrointestinal stromal tumors*) engloba un conjunto de neoplasias derivadas de la estroma intestinal, infrecuentes y en muchas ocasiones malignas y recidivantes. Su estirpe histológica es variada, existiendo tumores diferenciados derivados del músculo liso (leiomiomas, leiomiomasarcomas), que son los más frecuentes, del tejido nervioso (shwannomas) o del tejido conectivo (fibromas, fibrosarcomas), y neoplasias mal diferenciadas de difícil catalogación histológica. No obstante, su clasificación sigue siendo aún motivo de controversia. Según Handra, el origen de estos tumores se encuentra en las células de Cajal debido a la frecuente aparición de los CD117 que ha encontrado en el inmunofenotipo de las células neoplásicas<sup>1</sup>. Su localización más frecuente es el estómago, aunque pueden originarse en cualquier tramo del tubo digestivo<sup>2</sup>. Respecto al intestino delgado, estas neoplasias asientan, sobre todo, en el yeyuno, siendo el duodeno su localización más atípica<sup>3</sup>.

Puede aparecer a cualquier edad, pero es más frecuente en la séptima década de la vida<sup>2,4,6</sup>, predominando en el sexo masculino<sup>2</sup>. Se inician habitualmente como hemorragia digestiva, aunque también como dolor abdominal, masa palpable o astenia. La forma clínica de aparición parece ser independiente de su estirpe o tamaño<sup>2,3</sup>. Presentamos un caso extraño de GIST, atípico por presentarse en un paciente joven, por localizarse en duodeno y por iniciarse con shock hipovolémico secundario a hemorragia digestiva masiva. Se trata del caso de un varón de 32 años de edad, que tuvo que ser intervenido de urgencia por presentar una hemorragia masiva secundaria a un pequeño tumor polipoideo duodenal diagnosticado mediante endoscopia urgente. Se practicó duodenotomía y extirpación de la tumoración. El informe anatomopatológico de la pieza informa de un tumor estromal de bajo grado.

La endoscopia oral puede demostrar GIST esofagogastroduodenal. No obstante, la biopsia preoperatoria es poco sensible en el diagnóstico histológico<sup>2</sup>. En el resto del intestino delgado, la TC es la prueba diagnóstica más adecuada, válida además para valorar la existencia de metástasis a distancia en los GIST malignos, que alcanza hasta un 50% en el momento del diagnóstico, siendo el hígado la localización más usual, y menos frecuentemente el peritoneo<sup>3,4,5</sup>, que se invade mediante siembra local.

La extirpación del tumor es el tratamiento de elección. Su tamaño es muy variable, siendo la media en todas las series publicadas de 7-8 cm (0,9-25)<sup>2,4,6</sup>. En muchos ca-

sos, la malignidad o benignidad del tumor puede no ser demostrada con toda seguridad aun después de un minucioso estudio histológico<sup>4,8</sup>, por lo que practicar un margen de seguridad adecuado en la resección es fundamental. La recurrencia de estas neoplasias tras la extirpación del tumor es importante (60% según Pierie)<sup>4</sup>.

El diagnóstico histológico de estos tumores es a veces difícil, ya que los marcadores de histoquímicos para células derivadas de la musculatura lisa (actina específica y desmina) pueden no detectarse, debiendo recurrir a la positividad de CD117 para su diagnóstico como tumores estromales.

El pronóstico depende fundamentalmente del tamaño del tumor, del número de mitosis y de la presencia de metástasis<sup>1</sup>, empeorando en pacientes mayores de 50 años, en tumores no derivados del músculo liso, en los mayores de 5 cm y en aquellos con más de una mitosis por 10 cga<sup>4,6</sup>. No hay estudios efectuados en profundidad que demuestren la supervivencia a medio plazo. Parece ser que el tamaño del tumor es el dato más importante para valorar el pronóstico. La quimioterapia y la radioterapia no han aportado resultados aceptables<sup>8</sup>.

**José María Álamo Martínez, Francisco López Bernal, Antonio Galindo Galindo, José Antonio Guerra Bautista, José María Sousa Vaquero, Carlos Cruz Villalba, Carmen Palacios González y Carmen Bernal Bellido**

Unidad de Cirugía de Urgencias. Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

### Bibliografía

1. Handra A, Nahon P. Immunohistochemical and ultrastructural heterogeneity of gastrointestinal stromal tumors. *Gastroenterol Clin Biol* 2001;25:664-8.
2. Wiener Y, Gold R. Primary gastrointestinal stromal tumors. *Harefuah* 2001;140:377-80.
3. Blanchard DK, Budde JM. Tumors of the small intestine. *World J Surg* 2000;24:421-9.
4. Pierie JP, Choudry U. The effect of surgery and grade on outcome of gastrointestinal stromal tumors. *Arch Surg* 2001;136:383-9.
5. Ronald P, DeMatteo MD. Two hundred gastrointestinal stromal tumors. *Ann Surg* 2000;231:51-8.
6. Zidan J, Cozacov C. Stromal tumors of gastrointestinal tract: clinical and pathological features. *Harefuah* 2001;140:824-6.
7. Quaglino F, Borello M. Gastrointestinal stromal tumors. A case of small intestine stromal tumor (SIST) with an uncertain biological aspect. *Minerva Chir* 2000;55:347-51.
8. Plappert G, Heymer T. Gastrointestinal stromal tumor: individualized treatment for a special class of tumors. *Dtsch Med Wochenschr* 2001;126:172-5.