



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

287/11 - DIAGNÓSTICO PRECOZ DE GIST DE ESTÓMAGO GRACIAS A LA ECOGRAFÍA

O. Vicente López^a, A. Sáez Fernández^b, A. Segura Grau^c, T. Fernández Rodríguez^d, I. Salcedo Joven^e y R. Herzog Verrey^f

^aMédico de Familia. Centro de Salud La Marazuela. Las Rozas. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. ^cMédico de Familia. Hospital San Francisco de Asís. Centro de Diagnóstico Ecográfico. Madrid. ^dMédico de Familia. SAR Mejorada del Campo. Madrid. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Estrecho de Corea. Madrid. ^fMédico de Familia. Centro de Salud Mejorada del Campo. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 58 años con AP de HTA y DM tipo 2, en tratamiento con lisinopril y metformina. En analítica se detecta elevación aislada de bilirrubina total 1,8 mg/dl con bilirrubina directa 0,6 mg/dl. Se realiza ecografía abdominal en el centro de salud para descartar síndrome de Gilbert. Se encuentra asintomática.

Exploración y pruebas complementarias: Normocoloración cutáneo-mucosa, abdomen blando y depresible, no doloroso, sin masas ni organomegalias. Se realiza eco abdominal detectando hígado, vesícula biliar, vía biliar, páncreas, bazo y ambos riñones sin alteraciones. Adyacente a la cara posterior del lóbulo hepático izquierdo y a la cara anterior del cuerpo pancreático, en íntimo contacto, pero sin depender claramente de ellos, se detecta lesión nodular sólida bien delimitada, hipoeocoica de 22 × 23 mm, sin vascularización doppler, de difícil interpretación ecográfica pero que por su localización pudiera tratarse de patología a nivel de cuerpo gástrico (se aportarán imágenes de eco abdominal). No observamos líquido libre. Ante los hallazgos solicitamos TC abdomen con contraste, describen la lesión detectada en la ecografía, estando situada en la región gastrohepática, entre el lóbulo hepático izquierdo y la cámara gástrica en la proximidad de la cisura angularis. Es una lesión sólida de 25 × 19 mm en íntima relación con la pared gástrica y que impronta levemente sobre la luz gástrica. Dado su localización y morfología, la primera posibilidad diagnóstica es un tumor del estroma gastrointestinal (tumor tipo GIST). Marcadores tumorales normales (AFP, CEA, CA 125, CA 19.9 y CA 15.3). Ante los hallazgos derivamos preferente a digestivo, donde realizan endoscopia y sonoendoscopia, detectando LOE gástrica a nivel del cuerpo, hipoeocoica y bien definida, a nivel de la capa muscular, sugerente de GIST. Realizan PAAF mediante ecoendoscopia con hallazgos indicativos de tumor de células fusiformes.

Juicio clínico: Tumor del estroma gastrointestinal (GIST) en cuerpo gástrico.

Diagnóstico diferencial: Ante los primeros hallazgos ecográficos diagnóstico diferencial con adenopatía a dicho nivel.

Comentario final: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son neoplasias de origen mesenquimal. Representan aproximadamente el 0,3% de las neoplasias del tubo digestivo, estando caracterizadas inmunohistoquímicamente por expresar CD117 en el 95% de los casos. Pueden ser fusiformes o epiteloides. Su incidencia es de 10 a 20 casos por millón de habitantes, siendo su prevalencia mayor, debido el curso

clínico prolongado de la enfermedad. Afecta mayoritariamente a pacientes entre la 4.^a y 6.^a décadas, siendo la distribución por géneros semejante. El 70% de los casos son sintomáticos, aunque predominan los síntomas inespecíficos como dolor, astenia, anorexia, náuseas, dispepsia o pérdida de peso. Excepcionalmente puede haber hemorragia digestiva por ulceración de la mucosa. Se pueden localizar en tracto gastrointestinal, mesenterio o retroperitoneo. Su localización más frecuente es en el estómago (50-60%), seguido de intestino delgado (20-30%) y colon (10%). El tratamiento de elección del GIST primario es la exéresis quirúrgica completa.

Bibliografía

1. Miettinen M, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors: pathology and prognosis at different sites. Semin Diagn Pathol. 2006;23:70-83.