

329/24 - UN HALLAZGO INCIDENTAL: MASA GÁSTRICA DE GRAN TAMAÑO

T. Iglesias Suarez¹; E. López Fernández²; M. Marcos Fernández³; M. Minguez Picasso⁴; E. Hierro Ciria⁴; I. García Terán¹.

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Cantabria. ²Especialista Aparato Digestivo. Hospital Sierrallana. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pueblonuevo del Guadiana. Badajoz. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Sierrallana. Centro de Salud Cabezón de la sal. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 80 años. No alergias. Independiente actividades básicas. Exfumadora. Dislipemia. Ulcus gástrico. Estenosis aórtica. Ictus. Migrañas.

Tratamiento habitual: clopidogrel 75mg, atorvastatina 20mg, omeprazol 20mg, succinato de solifenacina 10mg. Historia actual: Derivada desde Urología por hallazgo incidental en ecografía urológica de masa en pared gástrica. La paciente refiere "sensación de que se le queda la comida atascada" a nivel de epigastrio, "sensación de ocupación". No astenia. No adelgazamiento ni otra clínica.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Normocoloreada y normoperfundida. AC: ritmo sinusal, soplo sistólico en foco aórtico que respeta 2R. AP: Murmullo vesicular conservado. Abdomen: Blando. No doloroso a la palpación. No se palpan masas ni megalias. Ruidos normales. Ecografía de abdomen completo (incluye renal): a nivel epigástrico, paramedial izquierdo, formación sólida, redondeada y bien definida hipoeocogénica, con un área anecoico en su interior, que parece depender de pared gástrica. TAC Abdomen: tumoración gástrica, con crecimiento endoluminal y dimensiones de 4x4cm, compatible con Tumor del Estroma Gastrointestinal. Gastroscopia: punción aspiración con aguja fina de lesión ocupante de espacio subepitelial en curvatura mayor de cuerpo gástrico. Endoscópicamente podría corresponderse con GIST de 47x39mm. PET corporal: captación de F18 FDG zona de lesión gástrica descrita previamente. Resto de estudio de extensión negativo. Anatomía patológica: GIST gástrico.

Juicio clínico: GIST gástrico.

Diagnóstico diferencial: Tumor del estroma gastrointestinal. Adenocarcinoma gástrico. Linfoma gástrico. Adenoma, pólipos o leiomioma gástrico. Metástasis de otro tumor primario.

Comentario final: El tumor del estroma gastrointestinal, es uno de los tumores mesenquimales más frecuentes del tubo digestivo (1-3% de todas los cánceres malignos gastrointestinales). La incidencia estimada de GIST es de aproximadamente un paciente nuevo por cada 100.000 personas. En su mayor parte el primario se desarrolla en el estómago (50-70%) y en el intestino delgado (20-30%), mientras que los tumores en el recto, el duodeno y el esófago son muy raros. Se caracterizan por la expresión del receptor c-KIT/CD 117 y otro marcador que a menudo es positivo es el CD34 (60-70%). En la gran mayoría, los GIST pasan desapercibidos en las primeras etapas de la enfermedad, ya que sólo tienen síntomas leves, como dolor de estómago o incluso son asintomáticos, y son hallados de manera incidental al realizar otras pruebas

diagnósticas como las ecografías abdominales/urológicas. Por este motivo, en el momento del diagnóstico suelen presentar un gran tamaño y se incrementa, proporcionalmente, la posibilidad de desarrollar enfermedad metastásica. En el caso de la paciente, se programó cirugía y se realizó gastrectomía atípica laparoscópica, sin incidencias inmediatas y con favorable evolución posterior.

Bibliografía

- El-Menyar A, Mekkodathil A, Al-Thani H. Diagnosis and management of gastrointestinal stromal tumors: An up-to-date literature review. *J Cancer Res Ther.* 2017;13(6):889-900.
- Gheorghe M, Predescu D, Losif C, Ardeleanu C, Bîcanu F, Constantinoiu S. Clinical and therapeutic considerations of GIST. *J Med Life.* 2014;7(2):139-49.