

Presentaciones radiológicas poco usuales de los Tumores del Estroma Gastrointestinal (GIST).

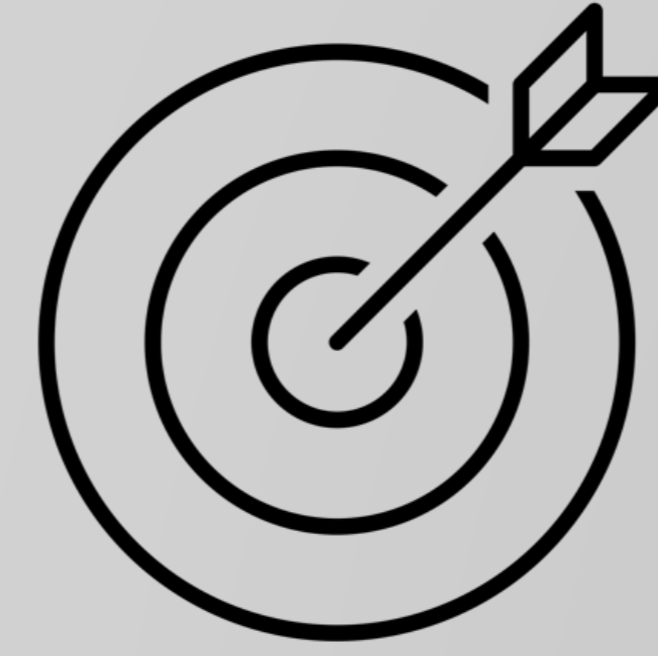
Laura Acosta^{1*}, Félix Serrano¹ María Requena²

1Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga.

2Hospital Regional Universitario de Málaga.

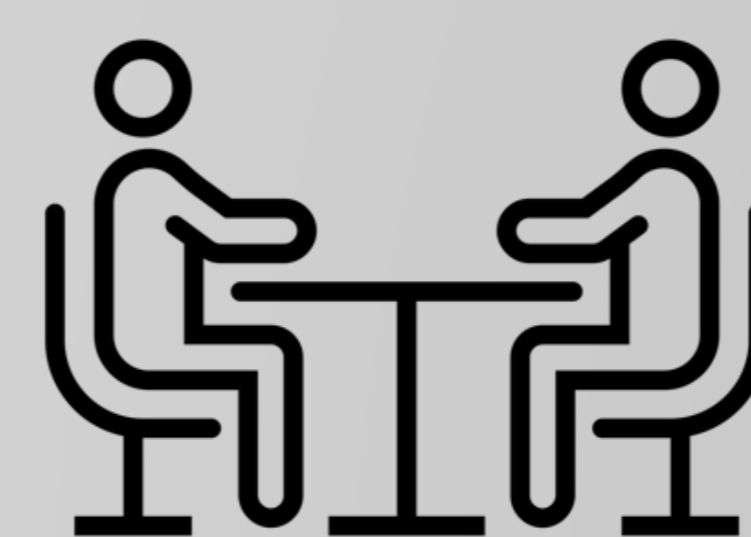
***lauriab0403@gmail.com**

OBJETIVO DOCENTE



Revisar la presentación clínica y radiológica de los tumores del estroma gastrointestinal, haciendo énfasis en las menos frecuentes.

REVISION DEL TEMA



Introducción

- Los GIST son los tumores mesenquimales más frecuentes del tracto gastrointestinal.
- Derivan de las células de Cajal localizadas en el plexo mientérico de Auerbach por lo tanto pueden aparecer en ***cualquier parte del tracto digestivo.***
- Su localización más ***frecuente es el estómago (70%), seguido del intestino delgado, colon, esófago, apéndice y es muy rara la localización extra intestinal.***
- Se caracterizan porque la mayoría expresa un ***receptor de tirosin kinasa (c-KIT)*** que los diferencia de otros tumores mesenquimales.
- La cirugía es el tratamiento de elección para los GIST resecables. Sin embargo cada vez es más ampliamente usada la terapia diana con los inhibidores de los receptores tirosin kinasa (imatinib, sumatinib) sobretodo como tratamiento neoadyuvante en masas de gran tamaño, en pacientes con metástasis, o después de la cirugía para aumentar el tiempo de supervivencia.

Presentación clínica

- Edad de presentación: **entre los 50 y los 60 años.**
- Amplio espectro de presentación clínica dependiendo del tamaño y de la localización
- Los pacientes pueden estar desde asintomáticos como presentar saciedad temprana, indigestión, distensión abdominal, dolor abdominal difuso, masa palpable, y algunas veces puede aparecer hemorragia de vías digestivas cuando estos comprometen la mucosa
- La mayoría aparecen de forma esporádica, sin embargo se han visto asociaciones con algunos síndromes genéticos como la **neurofibromatosis tipo 1.**

Hallazgos radiológicos

- Masa exofítica de gran tamaño, hipervasculares y heterogéneas (necrosis, hemorragia, degeneración quística)
- Suelen desplazar órganos y/o vasos aunque pueden invadir estructuras adyacentes.



Fig.1. Masa exofítica heterogénea con algunas zonas necroticas (estrella amarilla) que depende de la curvatura menor del estómago (flecha amarilla) y desplaza el LHI.

La forma de presentación más frecuente: es la hemorragia de vías digestivas.

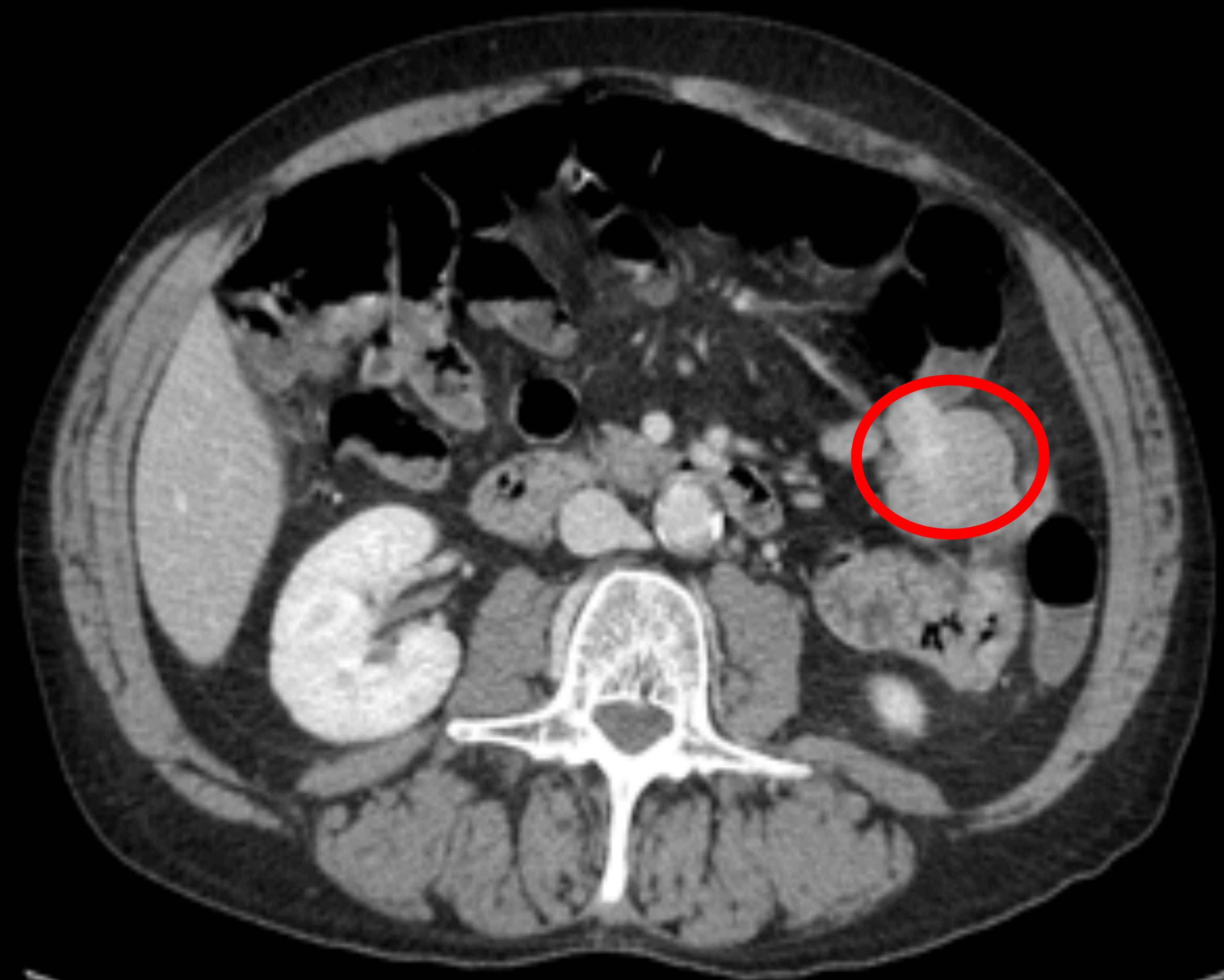
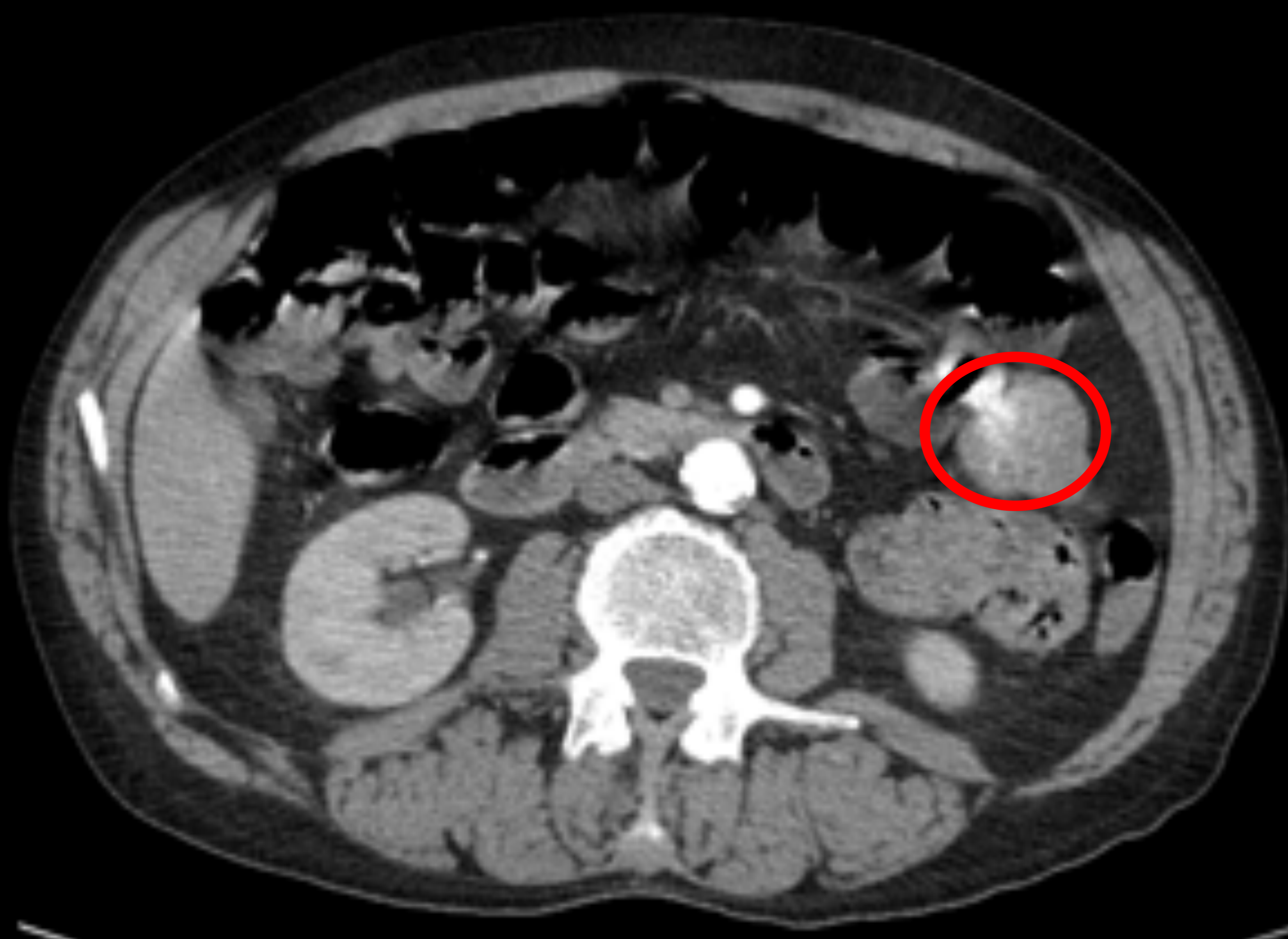
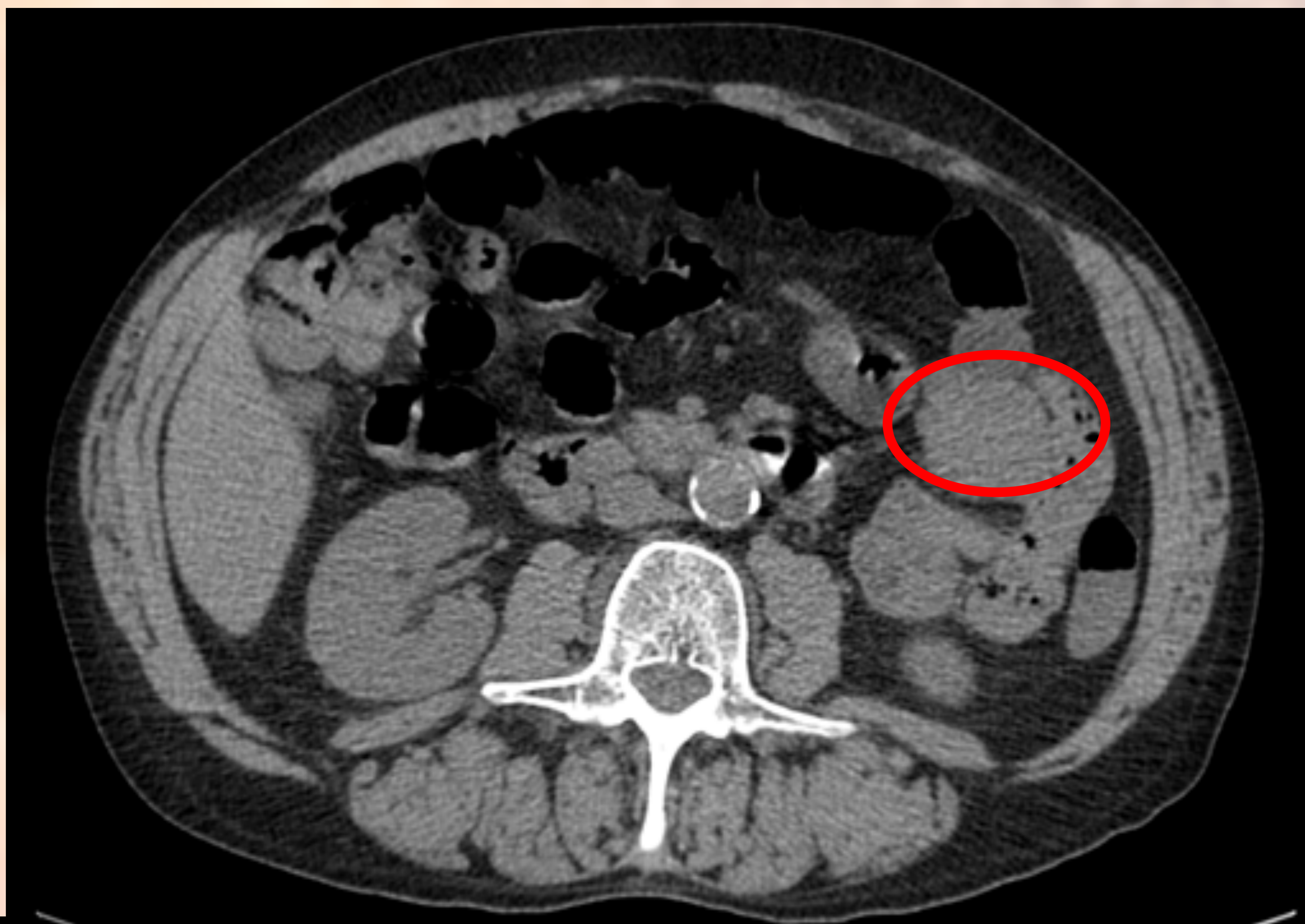


Fig.2. Varón de 85 años quien ingresa por hematoquezia con necesidad de transfusiones por anemia severa. Masa polilobulada hipervascular (círculo rojo) que depende de un asa de yeyuno.

Dentro de las complicaciones menos frecuentes están: 1. Abscesificación

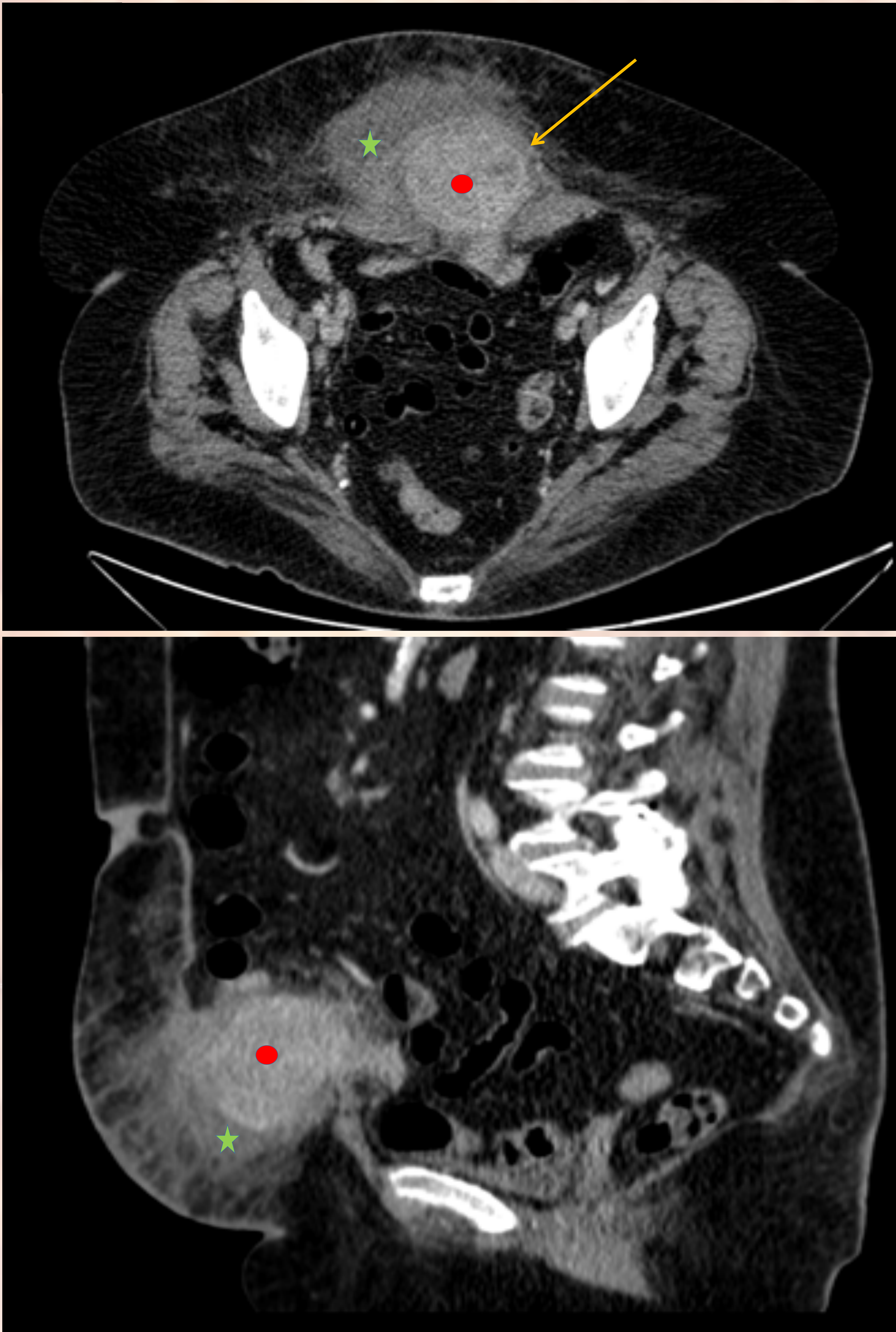


Fig.3. Mujer de 74 años con fiebre de origen desconocido y síndrome constitucional. Masa heterogénea (círculo rojo) dentro de saco herniario (flecha amarilla) que depende de un asa de intestino delgado y asocia cambios inflamatorios adyacentes, asociando discreta cantidad de líquido en el tejido celular subcutáneo rodeando a la pared del saco (triángulo) que podría estar en relación con colección incipiente.

1. 1 Abscesificación

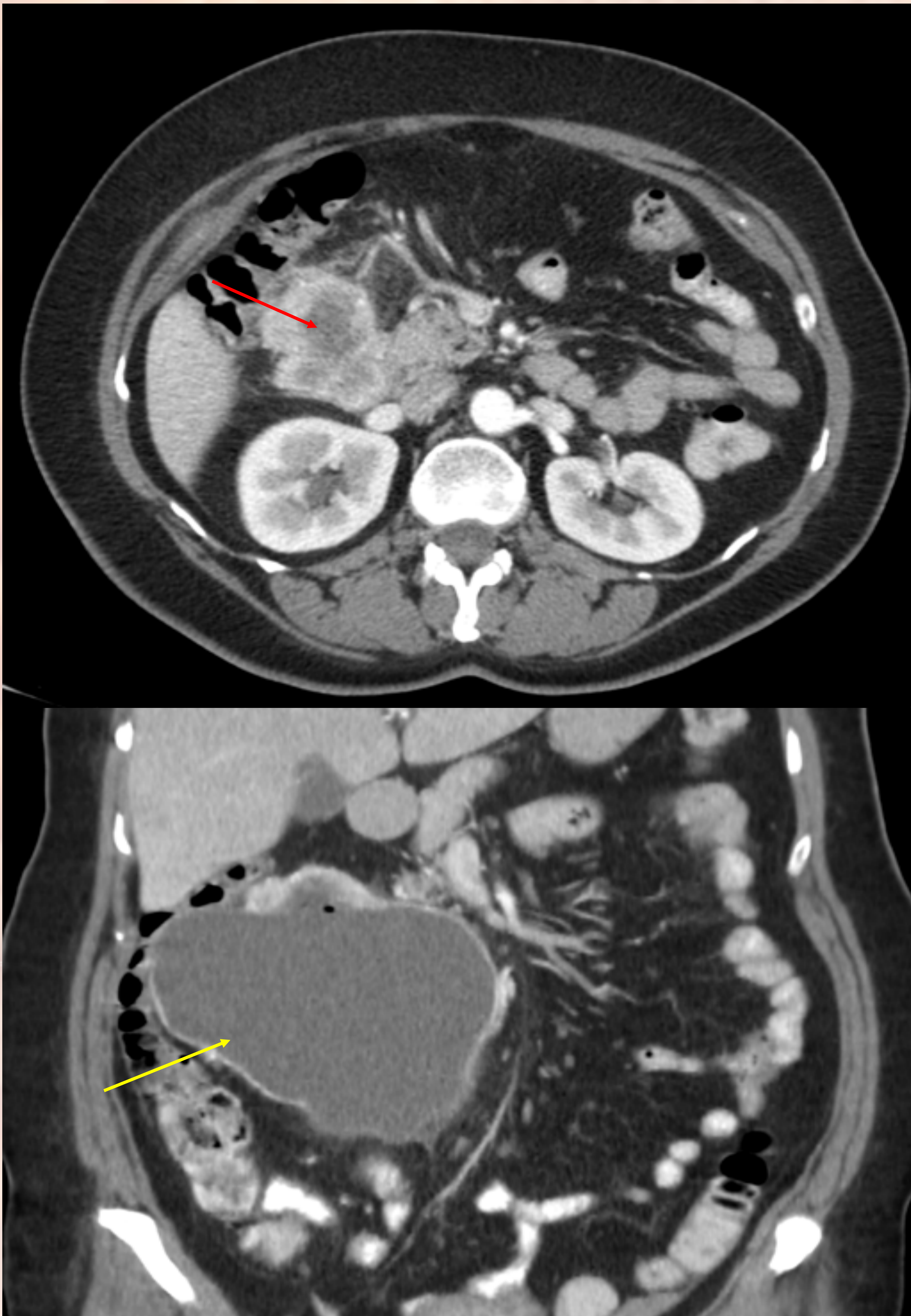


Fig.4. Mujer de 55 años que acude por cuadro de fiebre, dolor en hipocondrio derecho, leucocitosis y neutrofilia. Masa sólido quística que parece depender de la segunda porción duodenal, su componente sólido más craneal presenta zonas necróticas (flecha roja), mientras que su componente caudal quístico presenta burbujas de aire en su interior, en relación con colección asociada (flecha amarilla)

2. De localización extraintestinal

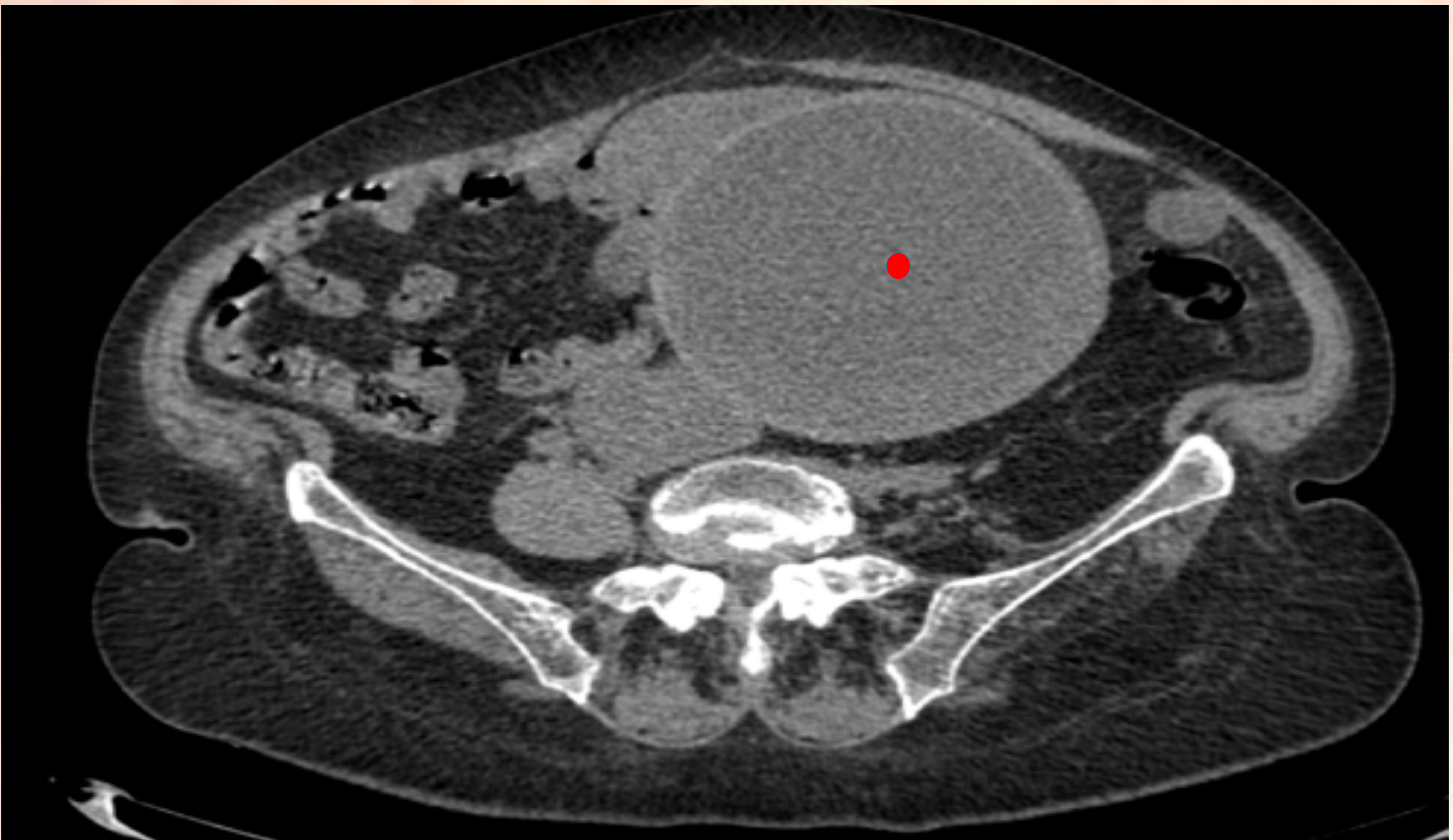
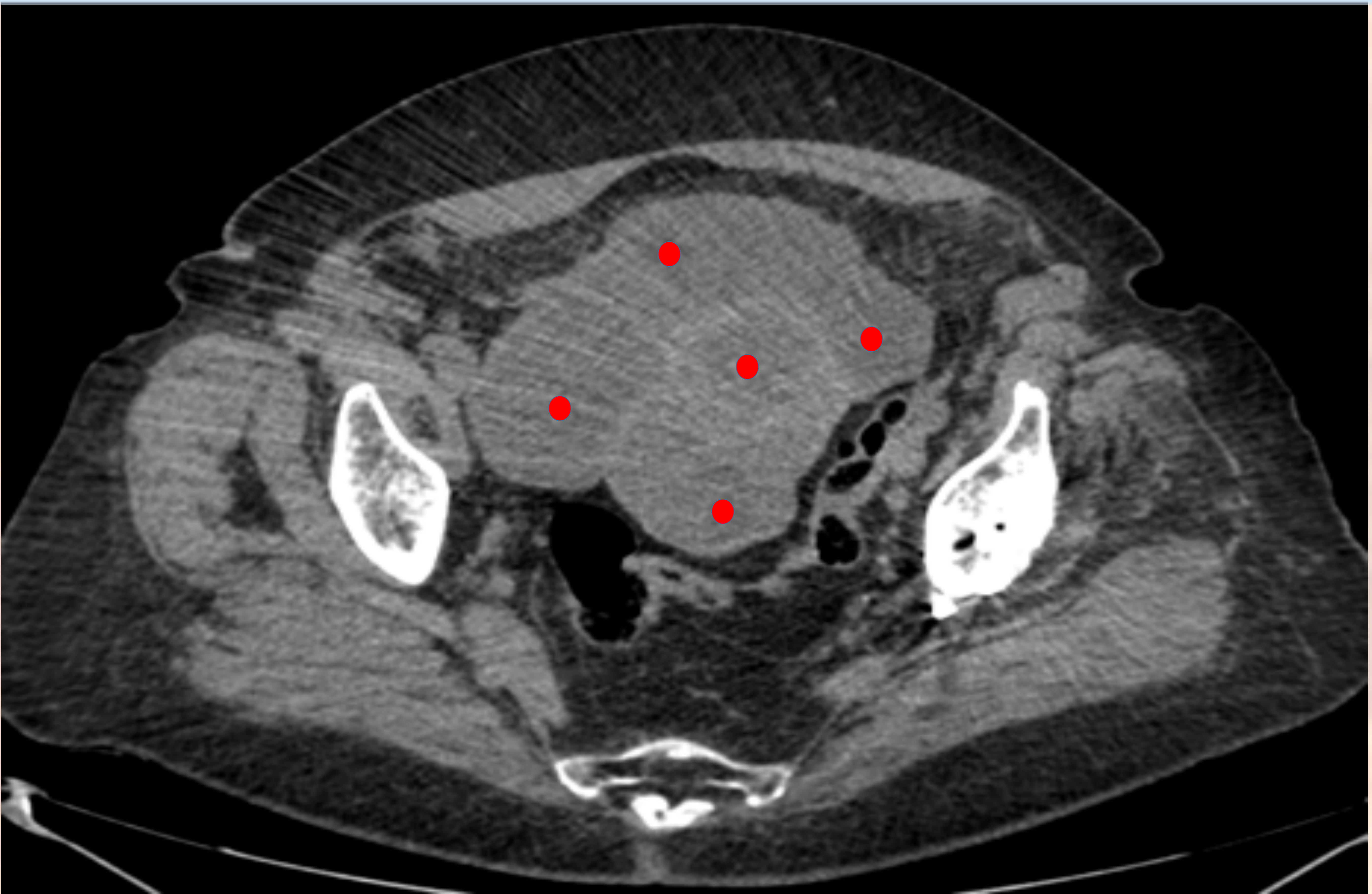


Fig5. Mujer de 78 años con dolor en fosa íliaca derecha y blumberg positivo, analítica con leucocitosis. Se identifican múltiples masas sólidas de gran tamaño con zonas hipodensas que podrían corresponder a áreas de necrosis (círculo rojo), se extienden desde la raíz del mesenterio hasta la pelvis englobando algunas asas de intestino delgado. El resultado anatomopatológico es: tumor estromal extraintestinal epiteloideo de localización abdominal multifocal con necrosis extensa y extension tumoral al tejido paratubarico.

3. Hemoperitoneo secundario a rotura tumoral

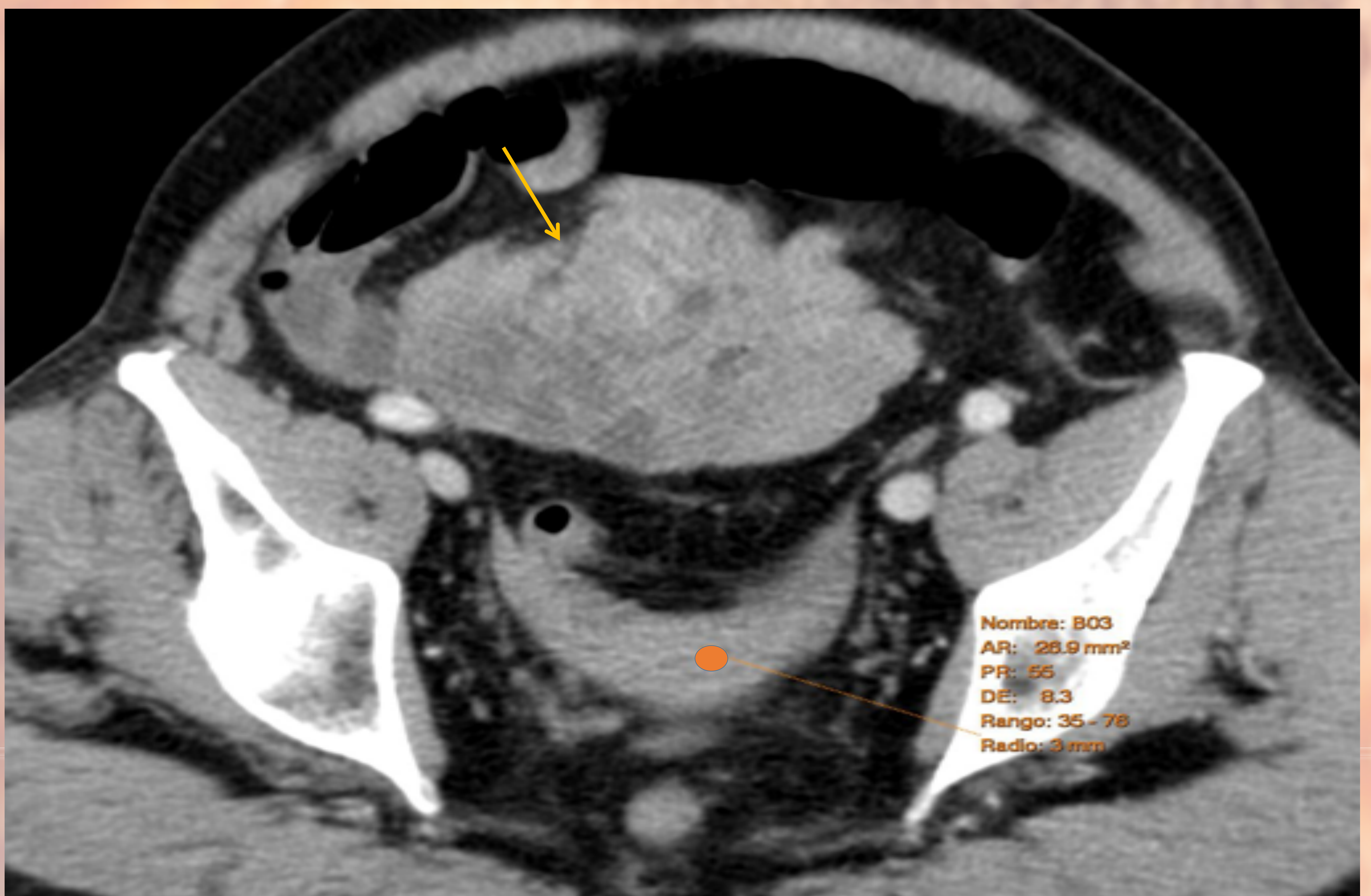


Fig.6 Varon de 65 años quien consulta por cuadro de dolor abdominal intenso asociado a síncope. Masa pélvica con densidad heterogénea (flecha amarilla) con algunas zonas hipodensas que engloba asas de intestino delgado, y asocia moderada cantidad de líquido líquido libre en pelvis de alta densidad en relación con hemoperitoneo (círculo naranja).

4. Perforación intestinal

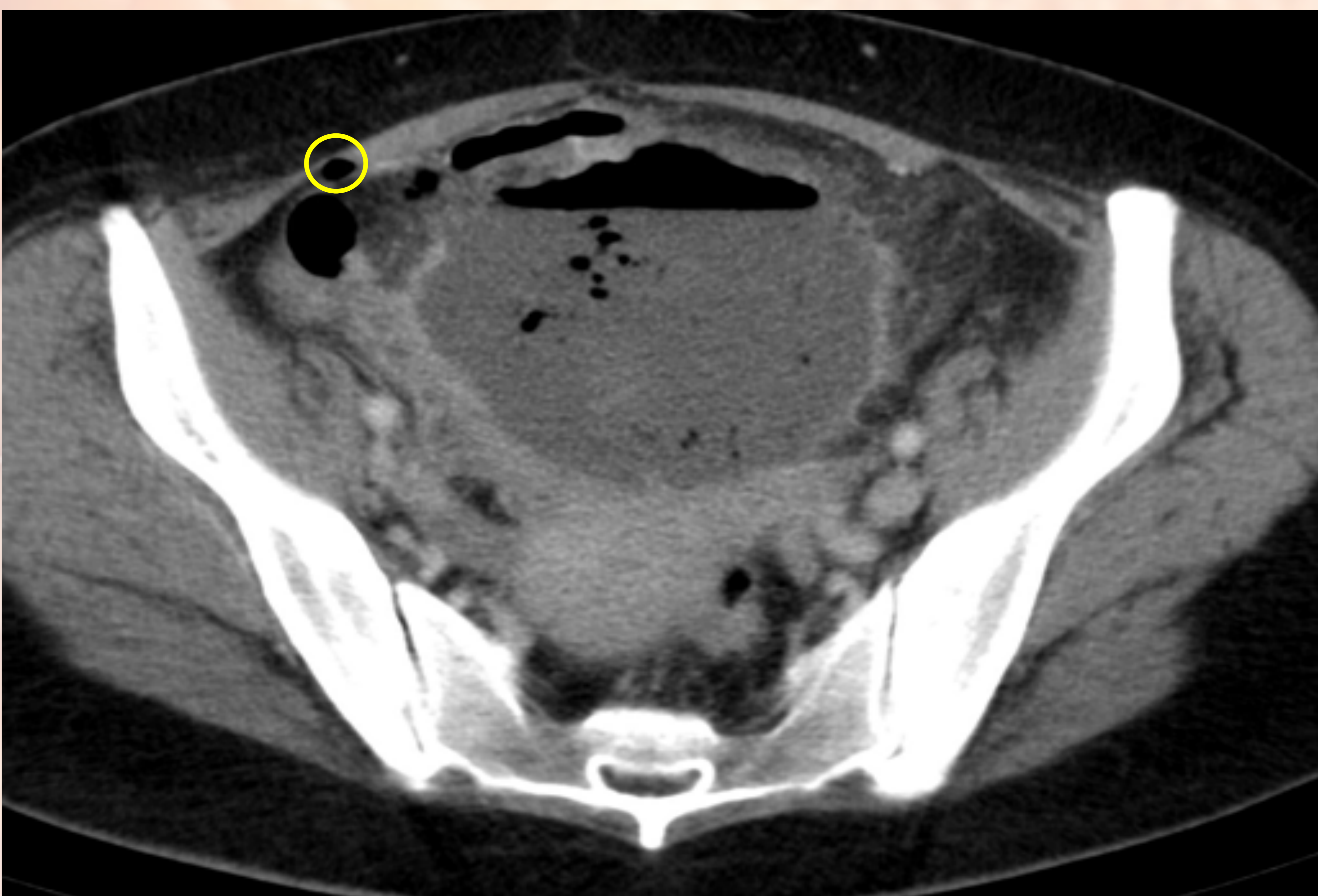
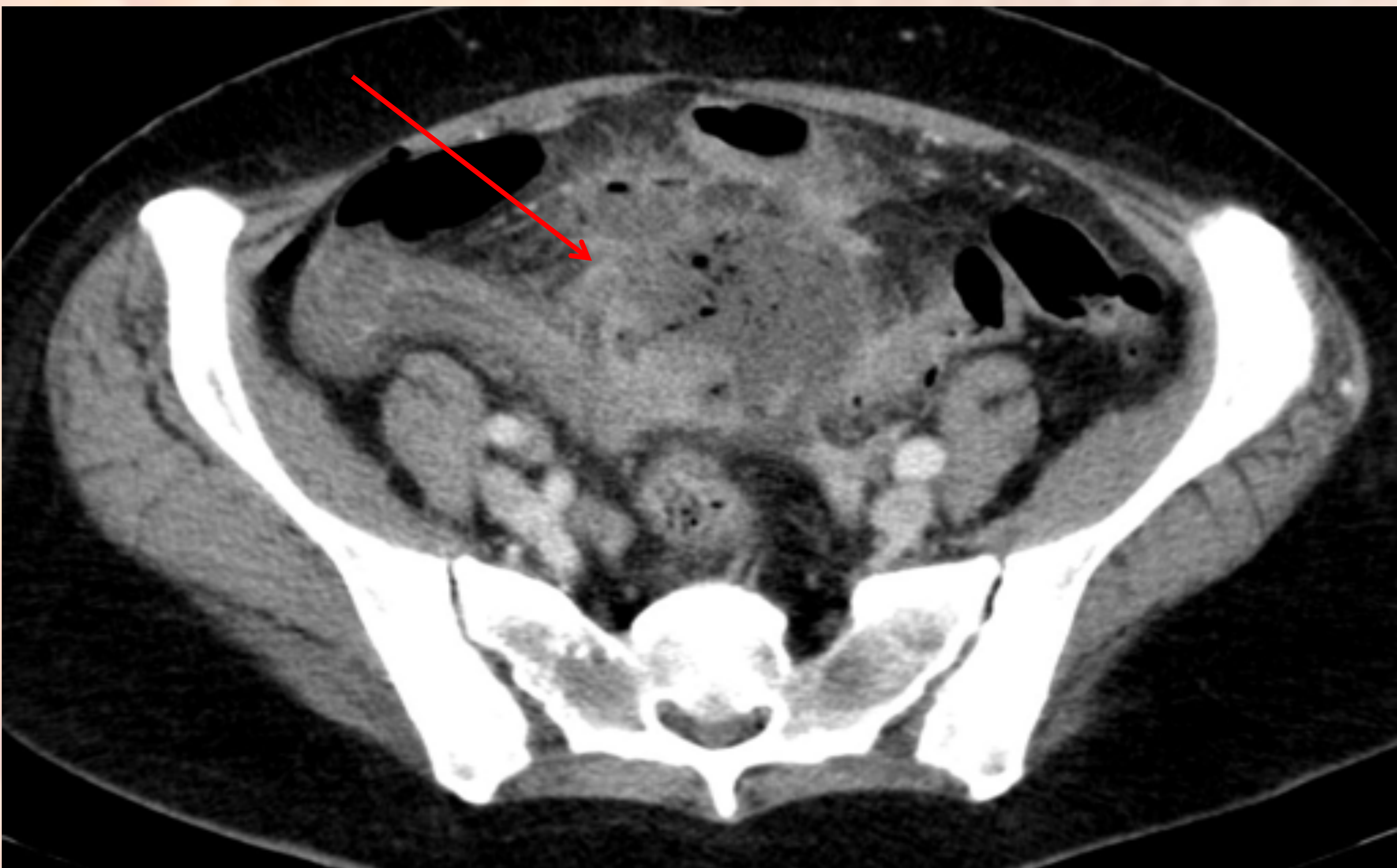


Fig.7. Mujer de 45 años acude por dolor abdominal generalizado intenso, con fiebre y distensión generalizado. Se identifica una masa pélvica heterogénea predominantemente quística (flecha roja) que engloba asas de intestino delgado, presenta cambios inflamatorios en la grasa mesentérica adyacente. El componente quístico de mayor tamaño presenta burbujas aéreas en relación con colección. Existe además una pequeña burbuja de aire extraluminal en relación con neumoperitoneo (círculo amarillo). Resultado de la anatomía patológica: GIST intestinal perforado y abscesificado.