

Tumor estromal intestinal

Intestinal stromal tumor

Janet Domínguez Cordovés,^I Julio Díaz Mesa,^{II} Lenia Rodríguez Ojeda,^{III} Glenis Madriral Batista,^{IV} Rocío Queral Gómez Quintero,^V Simeón Collera Rodríguez,^{VI} Manuel Cepero Valdés,^{VII} Carlos Alfonso Sabatier,^{VIII} María Caridad de Armas Fernández^{IX}

^I Especialista de II Grado en Cirugía General. Centro de Investigaciones Médico-quirúrgicas (CIMEQ). La Habana, Cuba.

^{II} Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular. Investigador Titular. Centro de Investigaciones Médico-quirúrgicas (CIMEQ). La Habana, Cuba.

^{III} Especialista de I Grado en Cirugía General. Centro de Investigaciones Médico-quirúrgicas (CIMEQ). La Habana, Cuba.

^{IV} Especialista de II Grado en Cirugía General. Centro de Investigaciones Médico-quirúrgicas (CIMEQ). La Habana, Cuba.

^V Especialista de II Grado en Psiquiatría. Centro de Investigaciones Médico-quirúrgicas (CIMEQ). La Habana, Cuba.

^{VI} Especialista de II Grado en Cirugía General. Centro de Investigaciones Médico-quirúrgicas (CIMEQ). La Habana, Cuba.

^{VII} Especialista de I Grado en Cirugía General. Centro de Investigaciones Médico-quirúrgicas (CIMEQ). La Habana, Cuba.

^{VIII} Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Centro de Investigaciones Médico-quirúrgicas (CIMEQ). La Habana, Cuba.

^{IX} Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Centro de Investigaciones Médico-quirúrgicas (CIMEQ). La Habana, Cuba.

RESUMEN

Los tumores estromales son un tipo de neoplasias de distintas líneas de diferenciación y de muy diverso comportamiento clínico. Son tumores mesenquimatosos originados en la pared muscular de vísceras huecas. Debido a su baja incidencia, existen pocas series publicadas. También es conocida la dificultad de predecir el riesgo de que estos tumores metastaticen. Los criterios para

determinar el grado de malignidad de los tumores estromales no están claramente definidos, por lo que el tratamiento quirúrgico de estas lesiones es controvertido. Generalmente se recomienda la resección completa pero limitada de estos tumores, dada la menor complejidad técnica, la menor morbilidad y el idéntico pronóstico al de las resecciones más amplias.

Palabras clave: Tumor, estromal, mesenquimatoso.

SUMMARY

Stromal tumors are a type of neoplasias of various lines of differentiation and of very diverse clinical behavior. They are mesenchymatous tumors originated on the muscular wall of hollow viscera. Due to their low incidence, a few series have been published. It is also known the difficulty to predict their risk for metastasizing. The criteria to determine the malignancy degree of the stromal tumors have not been clearly defined. That's why, the surgical treatment of these lesions is controverted. Generally, it is recommended the complete but limited resection of these tumors, taking into account the minor technical complexity, the lower morbidity and the prognosis identical to that of the wider resections.

Key words: Tumor, stromal, mesenchymatous.

INTRODUCCIÓN

Los tumores estromales son un tipo de neoplasias de distintas líneas de diferenciación y de muy diverso comportamiento clínico. Son tumores mesenquimatosos originados en la pared muscular de vísceras huecas. Debido a su baja incidencia, existen pocas series publicadas. También es conocida la dificultad de predecir el riesgo de que estos tumores metastaticen. Los criterios para determinar el grado de malignidad de los tumores estromales no están claramente definidos, por lo que el tratamiento quirúrgico de estas lesiones es controvertido. Generalmente se recomienda la resección completa pero limitada de estos tumores, dada la menor complejidad técnica, la menor morbilidad y el idéntico pronóstico al de las resecciones más amplias.

Los tumores estromales se pueden diagnosticar en cualquier lugar del tubo digestivo, aunque su localización más frecuente es el estómago, seguida del intestino delgado. Las manifestaciones clínicas son pocas e inespecíficas, y están en relación con su localización y tamaño. Metastizan fundamentalmente por vía hematógena en el hígado, peritoneo y pulmones, y son infrecuentes las metástasis linfáticas.^{1,2}

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo femenino, de 83 años de edad, que comienza a notar aumento de volumen y endurecimiento del abdomen, además de estreñimiento y sensación de plenitud gástrica. Sin antecedentes patológicos personales ni familiares de interés. Al examen físico del abdomen se constata un tumor en mesogastrio, flanco e hipogastrio, ligeramente doloroso con la palpación, de consistencia firme y de bordes mal definidos. El resto del examen físico es negativo.

La paciente ingresó en nuestro servicio el 6 de julio del 2004 con el diagnóstico de tumor ginecológico e indicación de tratamiento quirúrgico.

Se le realizaron los complementarios de rutina y se encontraron cifras bajas de hemoglobina y la eritrosedimentación acelerada. El colon por enema informó buen paso del contraste, y al rellenar los segmentos del colon, se aprecia compresión de los bordes internos del marco cólico, que es mayor hacia el ciego, al cual comprime. En el ultrasonido abdominal se aprecia que el hígado tiene aspecto normal, con hidronefrosis bilateral y lesión tumoral compleja predominantemente sólida de 150 x 134 mm en meso e hipogastrio, la cual puede estar en relación con tumor anexial. La tomografía axial computadorizada de abdomen confirma la imagen ultrasonográfica (imagen de aspecto tumoral con densidad de 35 uh, de contornos bien definidos, de 14,7 x 14,3 cm, que pudiera corresponder con tumor ginecológico), con dilatación de ambos uréteres y sistemas excretores renales.

La paciente fue intervenida quirúrgicamente el 15 de julio, mediante laparotomía exploradora, y se encontró un gran tumor polilobulado e hipervascularizado, adherido firmemente a las asas intestinales delgadas. Se resecó el tumor y un fragmento de asa delgada, y se realizó anastomosis término-terminal. No se encontró diseminación a distancia. La paciente evolucionó satisfactoriamente y egresó el 22 de julio.

En el estudio anatomopatológico se apreció un tumor estromal intestinal de 14 cm de diámetro mayor, maligno, fusopitelioide, con áreas de necrosis. Se halló degeneración quística y hemorragia que infiltraba hasta la serosa, de bajo grado de malignidad.

DISCUSIÓN

El diagnóstico preoperatorio es extremadamente difícil. La endoscopia y el estudio contrastado del tubo digestivo no son concluyentes debido al crecimiento submucoso del tumor. Su diagnóstico y estadificación correctos exigen un estudio ultraestructural e inmunohistoquímico.^{1,3,4}

Desde el punto de vista terapéutico estos tumores deben considerarse como potencialmente malignos. Su estadificación confirma que los pacientes de alto riesgo tienen un índice de recidiva superior al 50 %.^{1,2}

El tratamiento quirúrgico de elección es la resección completa del tumor. Estos pacientes tienen una supervivencia global superior a los que reciben una cirugía menos agresiva y marginal. La enucleación simple y la resección endoscópica están contraindicadas en estos tumores.

La exéresis quirúrgica laparoscópica es posible en tumores de muy bajo riesgo, siempre y cuando se conserven los criterios de radicalidad quirúrgica.²

El beneficio terapéutico de tratamientos complementarios no ha podido ser demostrado hasta la fecha, por lo que hoy está desaconsejado el tratamiento adyuvante con radioterapia y quimioterapia.^{5,6}

Se consideran criterios de mal pronóstico:^{1,7,8}

- Masa abdominal palpable: sobrevida de 24 meses.
- Tumores mayores de 10 cm.
- Presencia de necrosis tumoral.
- Ausencia de ulceración.
- Índice mitótico elevado (mayor de 10).
- Resección incompleta del tumor.
- Tumor perforado.

Podemos concluir que ante la presencia de un tumor estromal intestinal es recomendable la resección completa limitada siempre que sea técnicamente posible, dado que presenta una supervivencia semejante a la de resecciones mas amplias. No se debe utilizar tratamiento adyuvante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Artigas-Raventós V, López-Pousa A. Tumores de la estroma gastrointestinal: nuevos conceptos y estrategias terapéuticas multidisciplinarias médico-quirúrgicas. *Cir Esp.* 2006; 79:1-2.
2. Martín-Lorenzo JG, Aguayo-Albasini JL, Torralba-Martínez JA. Tumores gástricos estromales. Diagnóstico, pronóstico y tratamiento quirúrgico actual. Seguimiento de 18 pacientes tratados. *Cir Esp.* 2006; 79:22-7.
3. Fletcher C, Berman J, Corlees C. Diagnosis of gastrointestinal stromal tumors. A consensus approach. *Hum Pathol.* 2002;33:459-66.
4. Lauwers GY, Erlandson RA, Casper ES. Gastrointestinal autonomic nerve tumors. A clinicopathological, immunohistochemical and untrastructural study of 12 cases. *Am J Surg Pathol* 1993;17:887-97.
5. Elizalde JR, Borda F, Jiménez FJ. Tumor estromal gástrico gigante simulando lesión ocupacional hepática. *Rev Esp Enf Dig.* 1997;89:561-4.
6. Franquemont DW. Differentiation and risk assessment of gastrointestinal stromal tumors. *Am J Clin Pathol.* 1995;103:41-7.
7. Gutiérrez A, Nuño J, García J. Tumores gástricos de estirpe muscular. *Rev Quir Esp.* 1988; 15:231-6.
8. Lev D, Kariv Y, Issakov J. Gastrointestinal stromal sarcomas. *Br J Surg.* 1999;86:545-9.

Recibido: 28 de julio de 2007.
Aprobado: 19 de octubre de 2007.

Dra. Janet Domínguez Cordovés. Calle 216 y Avenida 11, Reparto Siboney. La Habana, Cuba. Correo electrónico : jdominguez@cimeq.sld.cu