

“GIST ABDOMINALES: HALLAZGOS TOMOGRÁFICOS”

- Enzo Emanuel Casali
- Maria Agostina Ramirez
- Andrés Zanfardini

Hospital Alemán - Buenos Aires, Argentina
enzocasali.ha@gmail.com

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar.



Objetivos de aprendizaje

- Revisar las características clínicas de los GIST abdominales.
- Describir los principales hallazgos tomográficos en GIST abdominales.
 - Mencionar diagnósticos diferenciales y posibles pitfalls.

Revision del tema

Introducción

Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) representan el 3% de las neoplasias del tracto gastrointestinal, sin embargo son los tumores digestivos no epiteliales más frecuentes.

Los GIST se originan de las células intersticiales de Cajal en los plexos mientéricos y expresan el receptor del factor de crecimiento tirosin-kinasa (KIT o CD117) y la gran mayoría presentan el marcador CD34.

Clinica y patologia

La **edad de aparición** suele ser en > 50 años. Los síntomas y/o signos clínicos varían según tamaño y localización tumoral, aunque frecuentemente suele ser un **hallazgo incidental**. Los **síntomas** suelen ser inespecíficos, como: dolor, distensión abdominal, pérdida de peso, náuseas, sangrado gastrointestinal, etc.

En el 80% de casos son **tumores benignos**, existiendo características que indican malignidad (tamaño >5 cm, localización extragástrica y alto índice mitótico histopatológico).

Se **localizan** con mayor frecuencia en estómago (70%) e intestino delgado (20%), seguidos de colon-recto y esofago. Sin embargo, pueden presentarse en cualquier región del tracto gastrointestinal.



Diagnostico radiologico

La **tomografía computarizada (TC)** es el método de elección para el diagnóstico y seguimiento. Suelen ser tumores pequeños hipervasculares que aparecen como masas endoluminales polipoides y homogéneas. Sin embargo pueden presentar gran tamaño, aspecto heterogéneo, vasos intratumorales, necrosis, hemorragia, degeneración quística y calcificaciones. Es característico que presentan un comportamiento de desplazar órganos y vasos adyacentes sin invadirlos. Aproximadamente el 50% de los pacientes presentan enfermedad diseminada al diagnóstico, siendo las más frecuentes la diseminación hematógena hepática y peritoneal. Las metástasis mostrarán características similares al tumor primario.



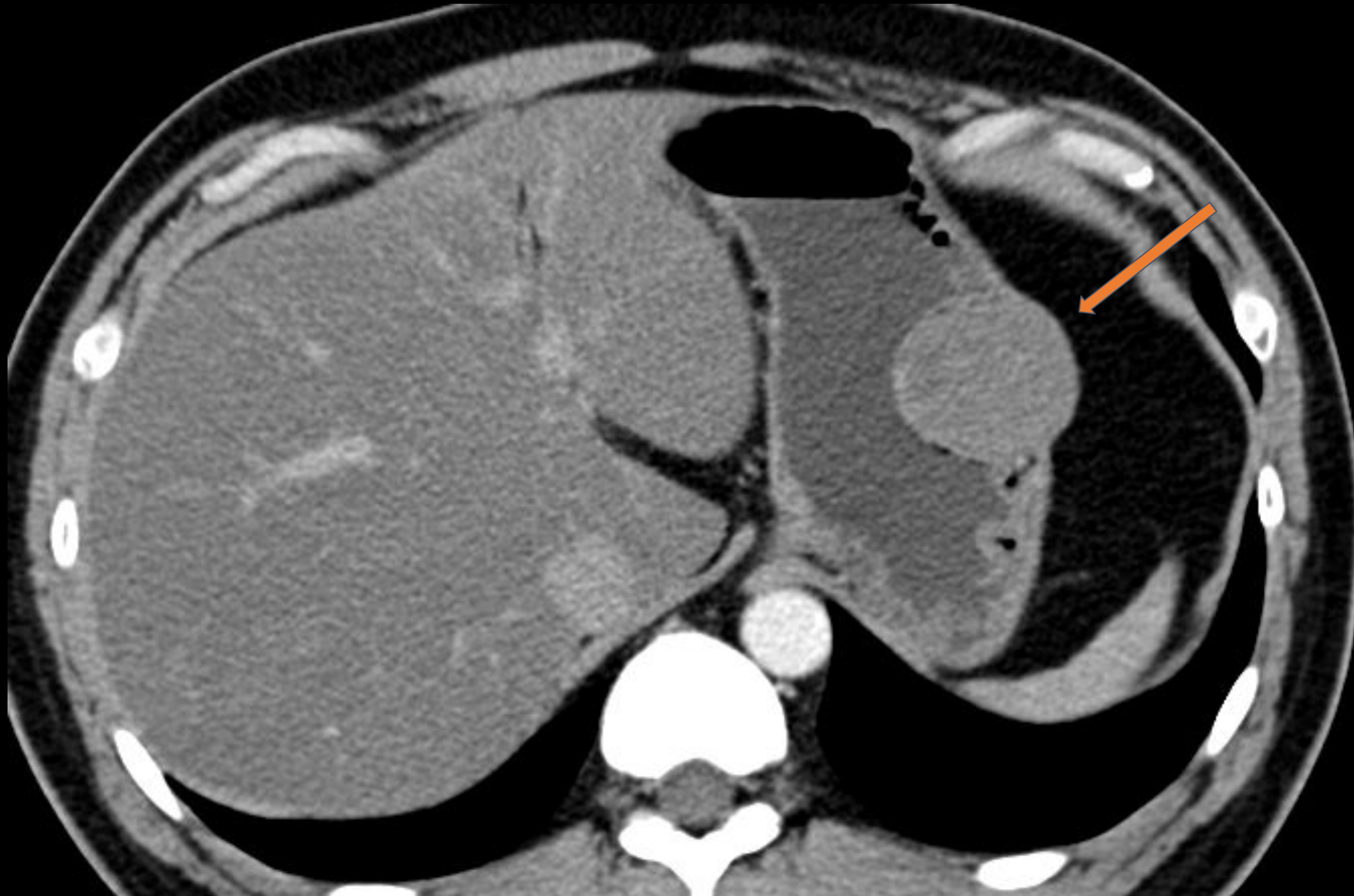


Figura 1. Lesión nodular sólida a nivel submucoso del cuerpo gástrico con crecimiento exofítico y abombamiento de la mucosa.

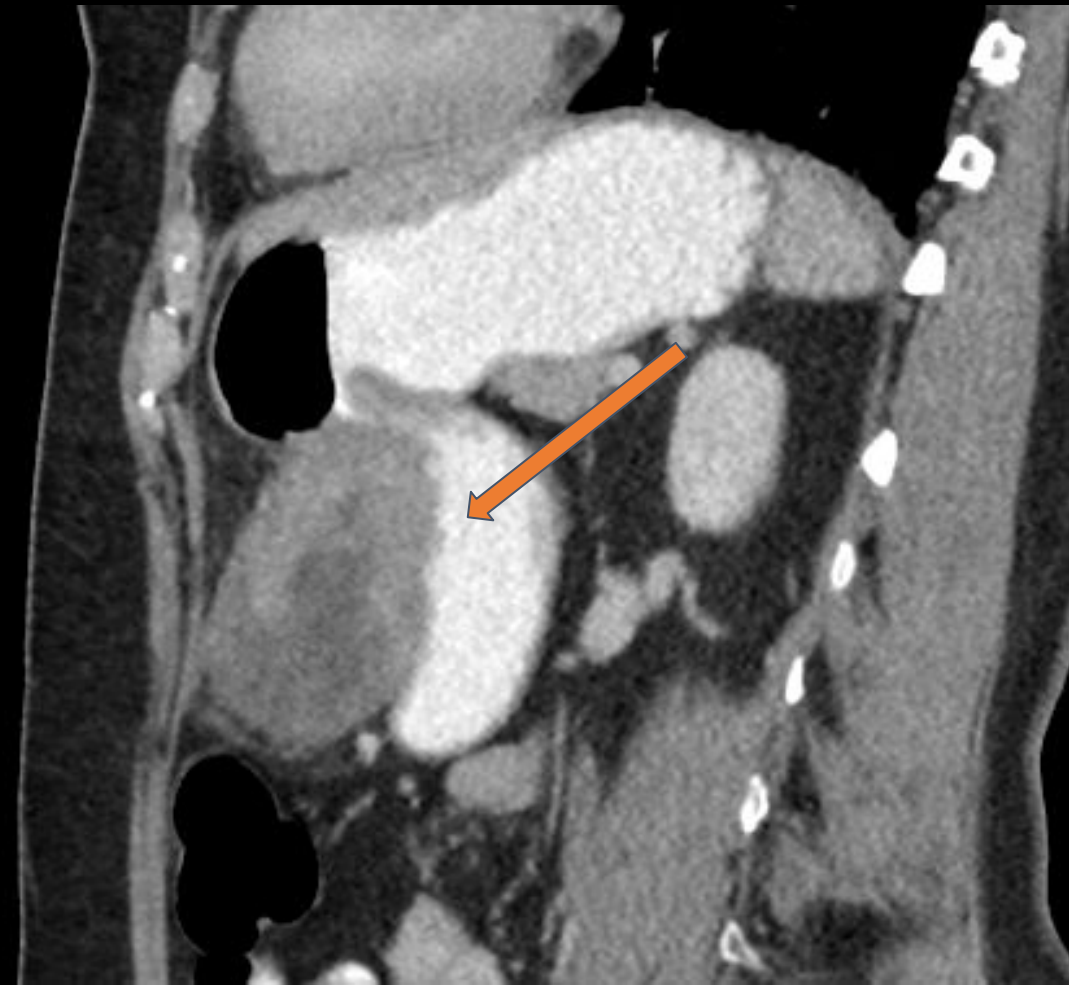
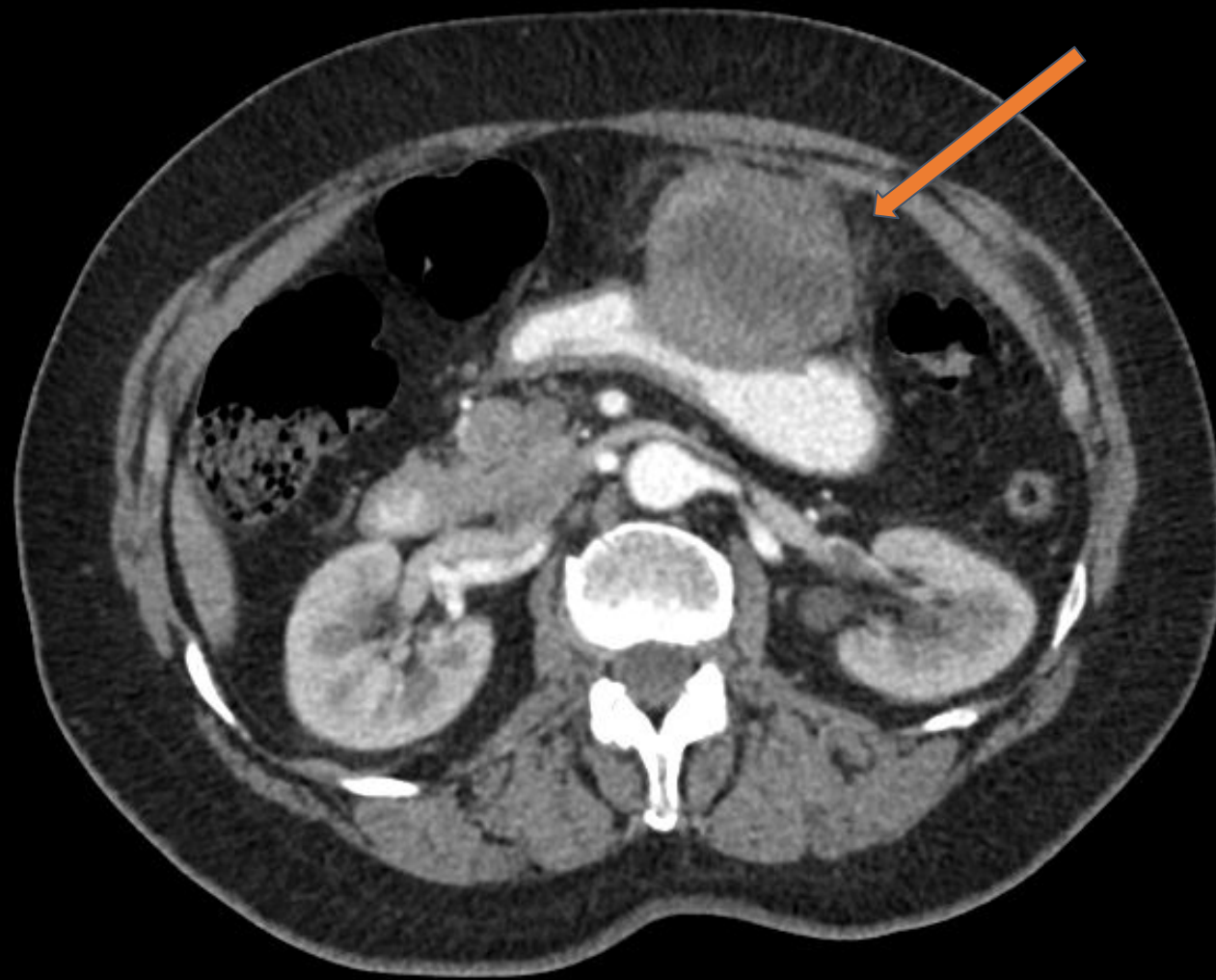


Figura 1 y 2. Lesión sólida de 6,8 cm x 5,6 cm x 4,8 cm que impresiona comprometer la pared anterior del antro gástrico a nivel submucoso, con crecimiento exofítico y abombamiento de la mucosa. Presenta centro hipodenso y realce heterogéneo luego de la administración de contraste endovenoso.

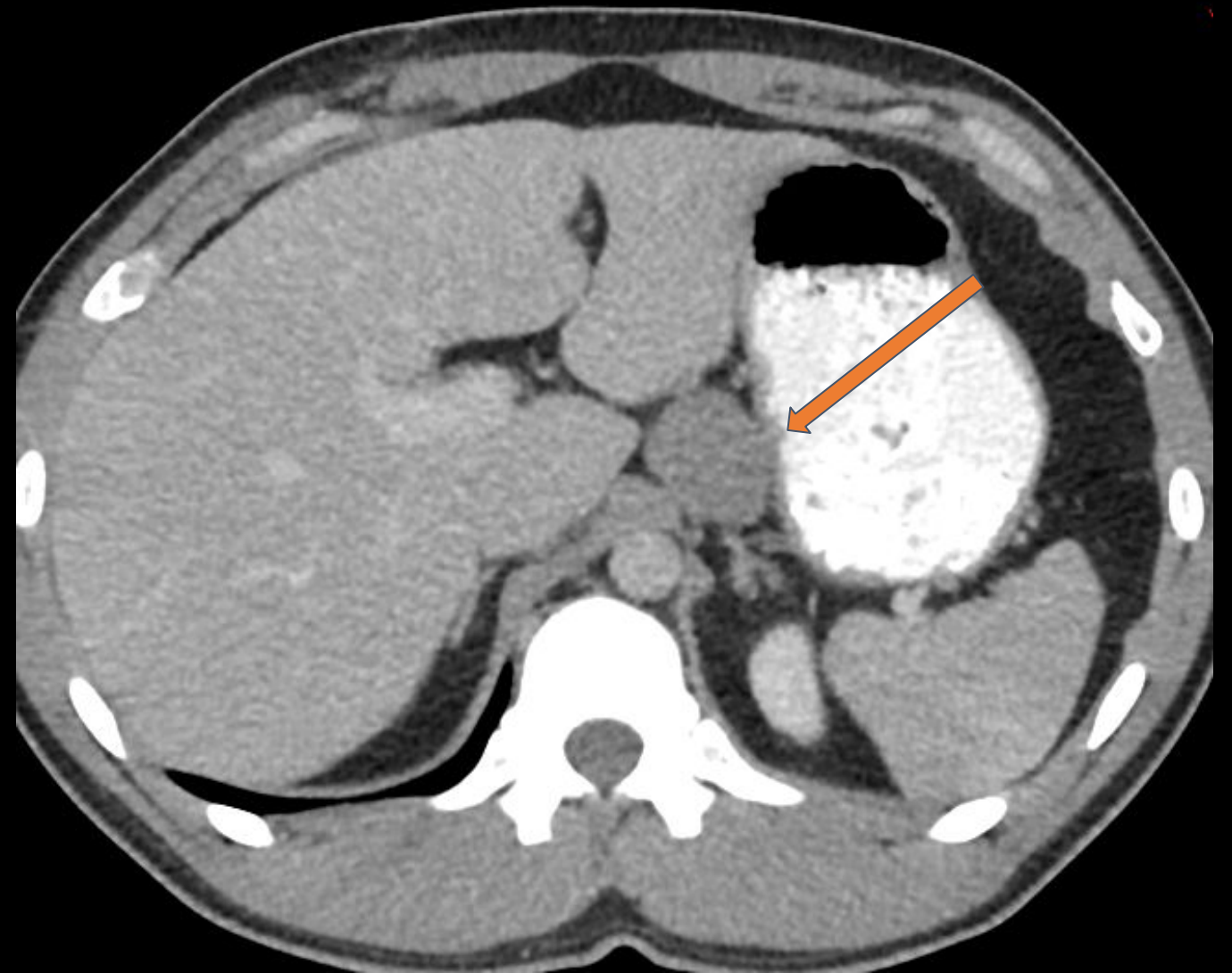


Figura 1 y 2. Formación nodular exofítica dependiente de la pared posterior de la unión esofagogástrica, compatible con probable proceso neoplásico mesenquimatoso.

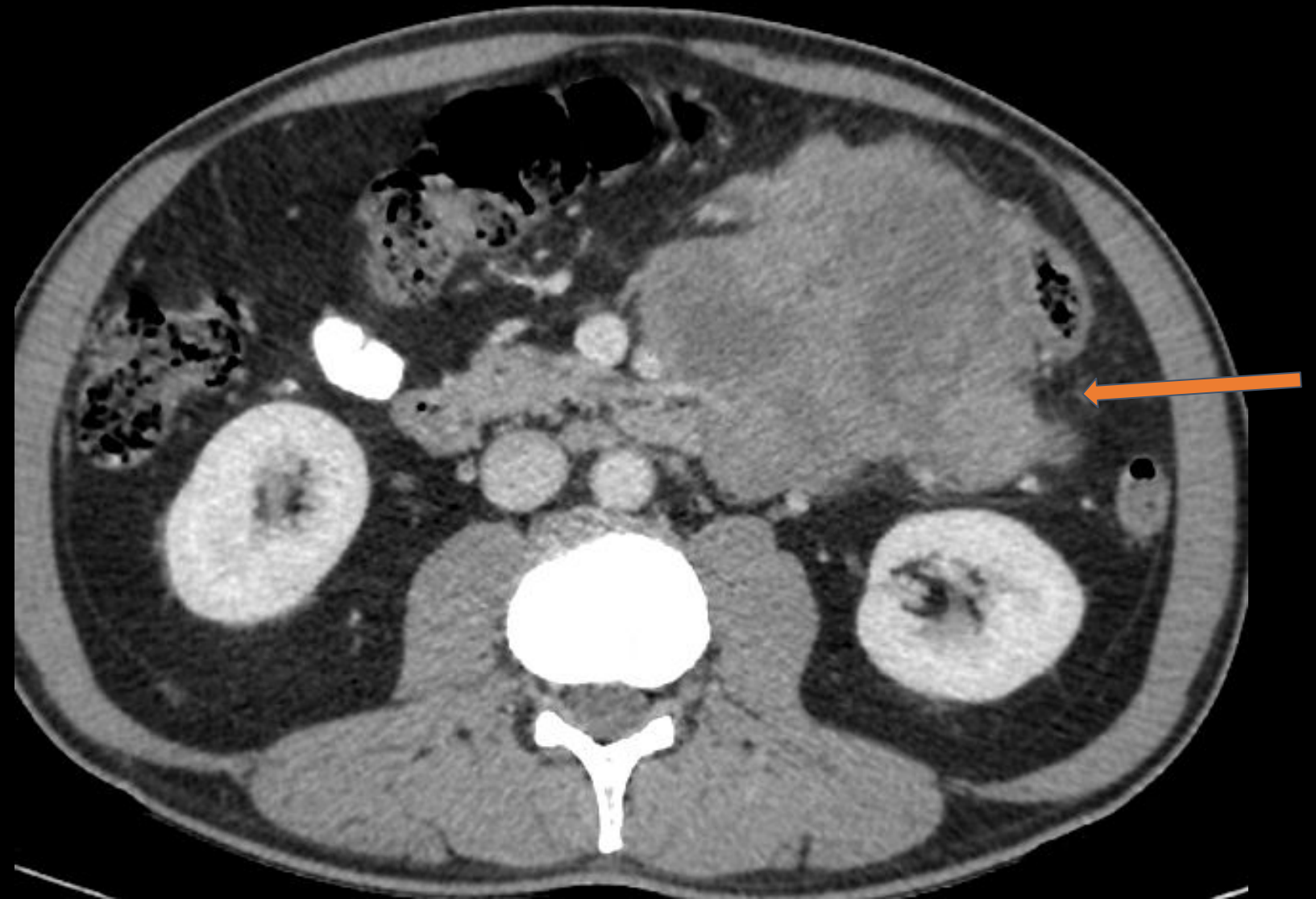


Figura 1 y 2. Voluminosa formación de contornos irregulares y realce heterogéneo (áreas de necrosis central), en hipocondrio / flanco izquierdo con origen en pared de yeyuno proximal posterior al ángulo de Treitz.

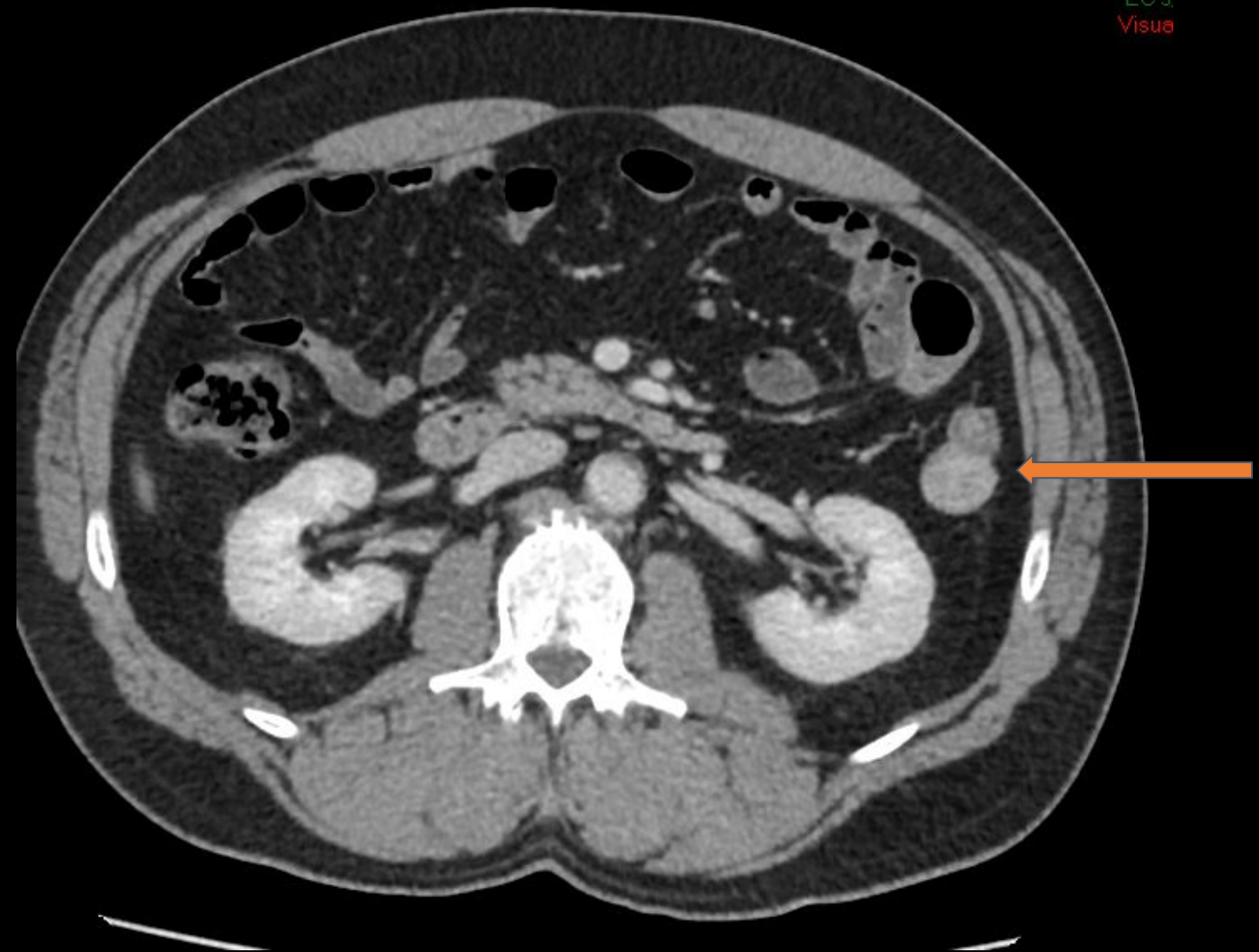
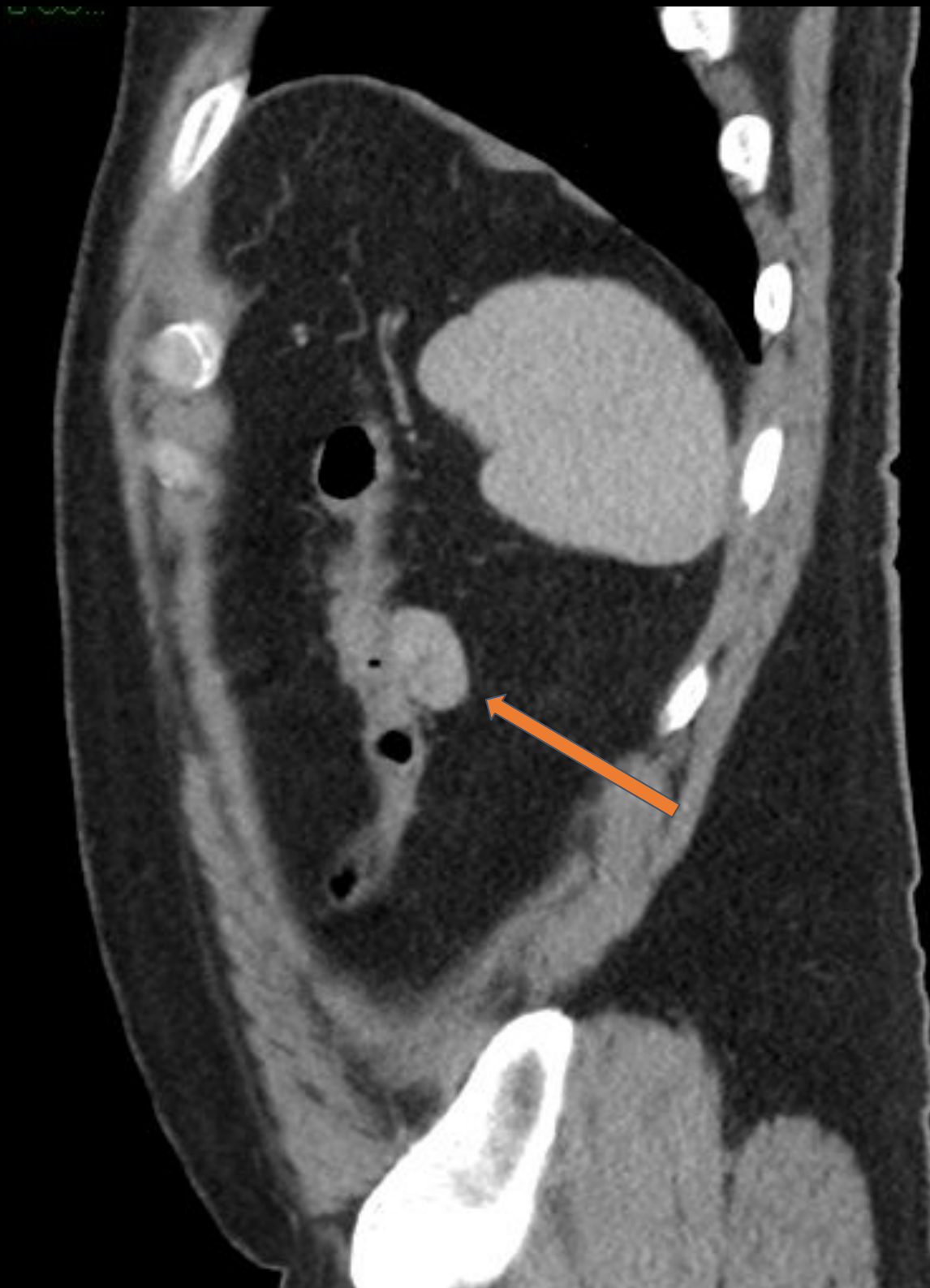


Figura 1 y 2. Lesión nodular homogénea a nivel submucoso del colon descendente.

Diagnósticos diferenciales

Los diagnósticos diferenciales dependen principalmente de la localización tumoral, incluyendo de modo general el adenocarcinoma, que suele presentar adenopatías, márgenes irregulares, comportamiento infiltrativo y no suelen presentar crecimiento exofítico. A nivel gástrico se debe considerar los tumores neuroendocrinos (carcinoides) que suelen localizarse en antro y presentan ulceración. En intestino delgado pueden presentarse metástasis, fibromatosis mesentérica, mesenteritis esclerosante y pseudotumor inflamatorio). A nivel ano-rectal debemos considerar el carcinóide, tumores mesenquimales, melanoma y carcinoma escamoso.



Conclusión

Los GIST son las neoplasias mesenquimales más frecuentes del tubo digestivo y presentan hallazgos radiológicos característicos. La TC es la técnica de elección tanto en el diagnóstico como en el seguimiento de estos tumores.

Bibliografía

- Sripathi S., Rajagopal K., Srivastava R.K., Ayachit A. CT features, mimics and atypical presentations of gastrointestinal stromal tumor (GIST). Indian J Radiol Imaging. 2011; 21(3):176-181.
- WVanel D., Albiter M., Shapeero L., Le Cesne A., Bonvalot S., Le Pechoux C., Terrier P., Petrow P., Caillet H., Dromain C. Role of computed tomography in the follow up of hepatic and peritoneal metastases of GIST under imatinib mesylate treatment: a prospective study of 54 patients. Eur J Radiol. 2005 Apr; 54(1):118-23.
- Oyanedel R., O'Brien A., Pizarro A., Zamora E., Menias C. Tumor estromal gastrointestinal (GIST): formas de presentación. Rev Chil Radiol 2005; 11(1):13-18.
- Horwitz B.M., Zamora G. E., Gallegos M.P. Best Cases from the AFIP: Gastrointestinal Stromal Tumor of the Small Bowel. RadioGraphics. 2011; 31:2.429-434.

