

GIST EXTRAINTESTINAL EN MUJER JOVEN CON MASA ABDOMINAL

Autores: Poyo, Ignacio*; Peña, Andrea**; Uriona, Bárbara **.

TCba-FJR-Sanatorio Sagrado Corazón.

*Médico especialista en diagnóstico por imágenes.

** Residentes de diagnóstico por imágenes.

email: barbara.uriona@gmail.com

CABA, Argentina.

El presente trabajo no posee conflicto de intereses.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Historia clinica

- **Sexo:** Femenino.
- **Edad:** 23 años.
- **Motivo de Consulta:** Dolor y masa palpable en flanco derecho desde 06/2022.
- **Antecedentes:** Sin antecedentes personales.
- **Examen físico:** Masa duro-elástica palpable en flanco derecho.
- **Exámenes complementarios:**

Se inicia estudios por ecografía abdominal.

IMÁGENES

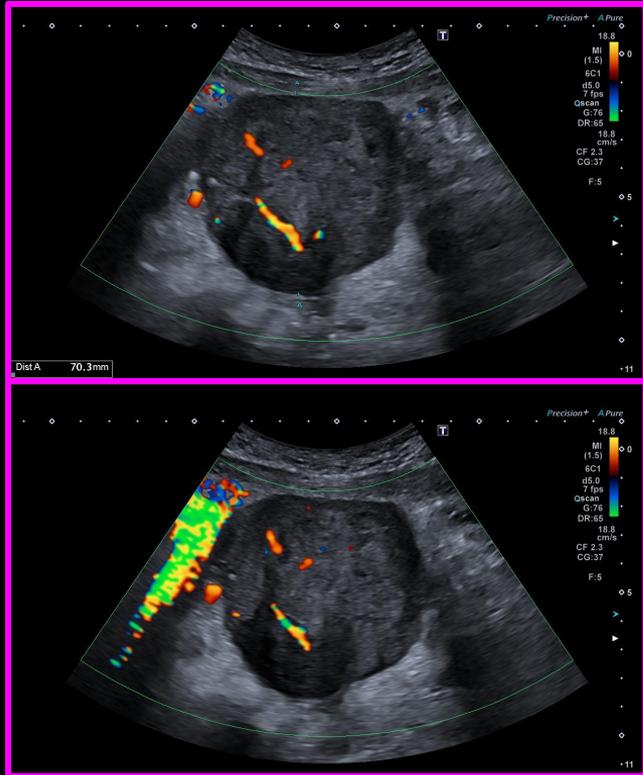


FIG 1. ECOGRAFÍA DOPPLER COLOR. En flanco derecho formación sólida hipoeoica vascularizada internamente que mide 70 x 76 mm. Compromete el tejido graso del eje de la arteria mesentérica. Los bordes de la lesión son bien definidos. ID: tumor sólido vascularizado.

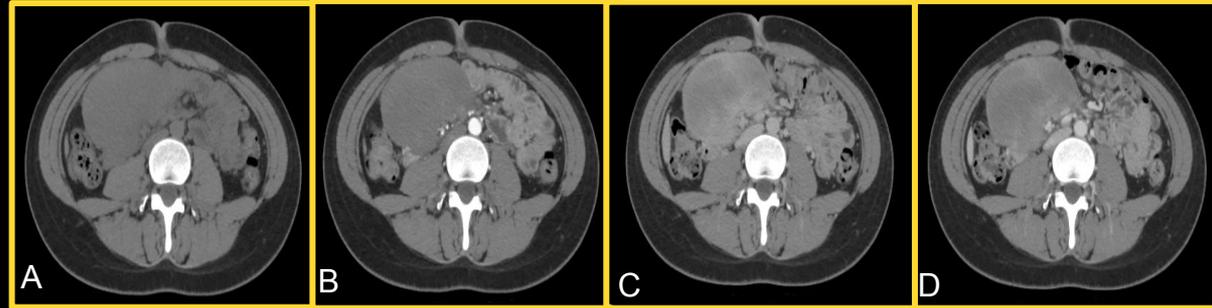


FIG 2. CORTES AXIALES DE TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADA TRIFÁSICA. Imagen A sin contraste. B Tiempo Arterial. C: Tiempo venoso D: Excreción. Se observa en flanco derecho formación expansiva, en relación a los planos grasos de mesenterio, que: Presenta realce heterogéneo, particularmente en los tiempos venosos (C). En el plano axial mide 87.5 x 66.2 mm.



FIG 3. TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADA TIEMPO VENOSO. Imagen E Coronal. Formación expansiva con extensión cefalocaudal de 89.8 mm. Imagen F Sagital: En sentido posterior contacta con la segunda/tercera porción duodenal. En sentido caudal contacta con asas del intestino delgado. Medialmente se relaciona y rodea parcialmente a la arteria/vena mesentérica superior, sin provocar estenosis significativas en las mismas, ni visualizar signos de trombosis asociados.

IMÁGENES

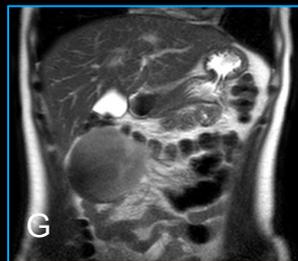


FIG 3. RMN de abdomen y pelvis con contraste endovenoso. Imagen G corte coronal.

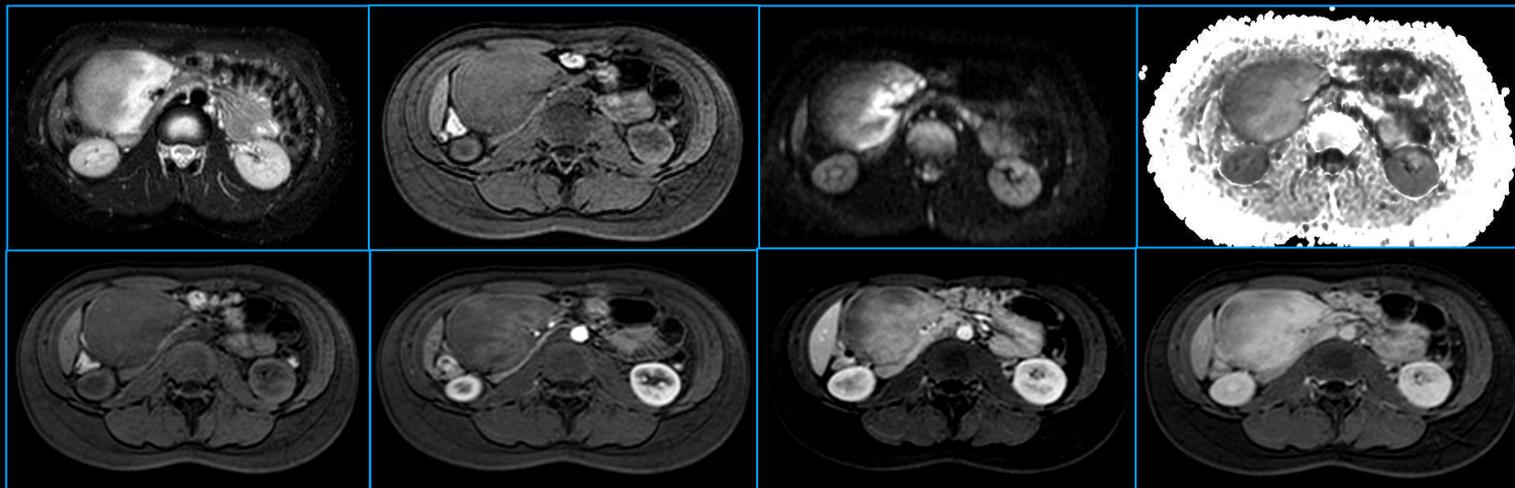


FIG 4. RMN de abdomen y pelvis con contraste endovenoso Cortes axiales. En el flanco derecho se observa voluminosa masa sólida, de contornos netos, mide 90 x 66 mm de diámetro máximo axial. Muestra señal heterogénea en T2, signos de hiper celularidad con técnica de difusión e intenso realce posterior a la administración del contraste endovenoso, particularmente en tiempo portal. Toma contacto especialmente con algunas asas intestinales y con el músculo psoas derecho. Por su voluminoso tamaño, resulta dificultoso determinar órgano/dependencia. Es compatible en primer término con una lesión neoplasia primaria de origen mesentérica, peritoneal, entre otros.

DIAGNÓSTICO FINAL

INFORME HISTOPATOLOGICO

DESCRIPCION MACROSCOPICA:

Pieza de hemicolectomía derecha que incluye ileon terminal de 14cm. de longitud, apéndice cecal de 8cm. y colon de 18,5cm. Serosa lisa y congestiva. A la apertura mucosa con pliegues conservados. A nivel del mesocolon se reconoce formación nodular lobulada, que mide 9x8,5x7cm. La superficie externa presenta un área lisa y la opuesta anfractuosa y hemorragia. Al corte superficie blanquecina de aspecto arremolinado. Del tejido adiposo se aíslan varias formaciones ganglionares, que miden entre 0,8cm, y 0,5cm.

DESCRIPCION MICROSCOPICA:

Los cortes histológicos de la hemicolectomía derecha muestran pared ileal y colónica de caracteres conservados. A nivel de la lesión descrita en el mesocolon se observa una proliferación de células neoplásicas de núcleos ahusados con moderada cantidad de citoplasma eosinófilo y elevada anisonucleosis que se disponen conformando fascículos y haces entrelazados en un estroma ricamente vascularizado con focos de hemorragia.

La lesión se extiende a nivel del meso y compromete focalmente parénquima pancreático.

Los márgenes de resección se hallan libres de lesión.

El conteo mitótico es de 1 mitosis/50HPF (bajo).

No se observa necrosis.

Se reconocen aislados focos de pleomorfismo nuclear.

Los cortes histológicos de los ganglios pericolónicos muestran 12 ganglios linfáticos con histiocitosis sinusoidal y ausencia de metástasis (0/12).

Los cortes histológicos del apéndice cecal muestran apéndice con hiperplasia folicular.

Se realizaron técnicas de inmunohistoquímica para la demostración de actina muscular lisa, DOG-1, CD 117, CD34 y proteína S-100, siendo las células neoplásicas descritas positivas con CD 117 y negativas con los restantes marcadores. El DOG-1 resultado no evaluable.

Los hallazgos morfológicos en correlación con el inmunoperfil son compatibles con el diagnóstico de Tumor del estroma gastrointestinal (GIST).

DIAGNOSTICO:

Colon derecho, hemicolectomía:

- Hallazgos compatibles con el diagnóstico de Tumor del estroma gastrointestinal (GIST).

- Tamaño tumoral: 9x8,5cm.

- Extensión: Mesocolon hasta parénquima pancreático.

- Embolias neoplásicas angiolinfáticas: No se identifican.

- Infiltración perineural: No se identifica.

- Necrosis: No se identifica.

- Conteo mitótico: 1/5mm².

- Márgenes de resección indemnes.

- Ileon y colon sin particularidades.

- Ganglios linfáticos pericolónicos: Ausencia de metástasis (0/12).

- Apéndice cecal: Hiperplasia folicular.

CALCULADORA DE RIESGO DE RECIDIVA - GIST:

- Tamaño tumoral (5-10 cm)
- Índice mitótico (<5)
- Ubicación tumoral (No gástrico)
- Ruptura tumoral (No)



ALTO RIESGO

DISCUSIÓN:

- Los tumores estromales gastrointestinales (GIST) son la neoplasia primaria mesenquimática más frecuente del tracto gastrointestinal (TGI). Sin embargo, abarcan el 1% de los tumores del TGI y su incidencia es de 10 a 20 casos por un millón.^{1,4}
- La edad media de diagnóstico es de 65 años y hay una relación 1:1 entre hombres y mujeres.²
- Las ubicaciones más frecuentes son: Estómago, (56%), intestino delgado (32%), colon y recto (6%), esófago (0,7%) y otros (5,5%).²
- Presentan una mutación característica que es de gran ayuda para el diagnóstico y tratamiento: Expresión del CD117 (c-kit), un tipo de receptor de tirosina kinasa.⁵
- En la era previa a la inmunomarcación, estos tumores eran clasificados como leiomiomas, leiomiomasarcomas, leioblastomas y schwannomas.³
- Los GIST extraintestinal (EGIST) representan el 10% de todos los GIST.¹
- Aproximadamente un 80% de los EGIST se ubican en el omento o mesenterio, y el resto en el retroperitoneo.³
- El diagnóstico por imágenes es un desafío y a veces es indispensable el estudio inmuno e histopatológico.
- Son tumores resistentes a la quimioterapia y radioterapia convencional. La resección quirúrgica y el imatinib son los únicos tratamientos.

CONCLUSIÓN:

Este hallazgo imagenológico plantea un desafío diagnóstico por la ubicación atípica y las características radiológicas poco específicas. Muchas veces es necesaria la inmunohistoquímica para llegar al diagnóstico definitivo. Sin embargo, es importante tener presente la localización extraintestinal de los GIST ya que modifica el pronóstico y riesgo de recidiva.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1- Hatipoğlu, E. (2018). *Extragastrointestinal Stromal Tumor (EGIST): A 16-Year Experience of 13 Cases Diagnosed at a Single Center*. Med Sci Monit. 2018; 24: 3301–3306. doi: 10.12659/MSM.907654
- 2- Parab TM, DeRogatis MJ, Boaz AM, Grasso SA, Issack PS, Duarte DA, Urayeneza O, Vahdat S, Qiao JH, Hinika GS. *Gastrointestinal stromal tumors: a comprehensive review*. J Gastrointest Oncol. 2019 Feb;10(1):144-154. doi: 10.21037/jgo.2018.08.20. PMID: 30788170; PMCID: PMC6351301.
- 3- Alkhatib L, Albtoush O, Bataineh N, Gharaibeh K, Matalaka I, Tokuda Y. *Extragastrointestinal Stromal Tumor (EGIST) in the abdominal wall: Case report and literature review*. Int J Surg Case Rep. 2011;2(8):253-5. doi: 10.1016/j.ijscr.2011.07.009. Epub 2011 Aug 30. PMID: 22096744; PMCID: PMC3215200.
- 4- Muñoz-Cedeño RG, Santillán-López W, Paullán-Sani V, Rodríguez-Chica G, Martínez PE. *Giant extraintestinal gastrointestinal stromal tumor: Case report and bibliography review*. Rev Colomb Gastroenterol. 2021;36(4):532-538. <https://doi.org/10.22516/25007440.6>
- 5- Canelo A, Llanos-Salirrosas A, López E, Mantilla J, Mejía L, Polo S. *Case report: Gastrointestinal stromal tumor (GIST) in the jejunum*. RevFacMed Hum. 2023;23(1):138-142. doi: 10.25176/RFMH.v23i1.5309