

# OTRA CAUSA DE MELENAS : TUMOR DE GIST

S. Rascón Velázquez; A.B. Simón Lobera; V. Uriol Goss; C. Rieger Reyes

Mujer 46 años con antecedentes de HTA y ansiedad, portadora de DIU, en tratamiento con enalapril 5 mg cada 24h y trankimazin 0,25 mg cada 12 horas. Refiere toma de ibuprofeno durante un proceso gripal en diciembre de 2013. Alérgica a ambroxol.

Acude a **urgencias** el 21/02/2014 por comenzar con dos deposiciones negras consistentes y malolientes durante la noche anterior y 2-3 deposiciones similares por la mañana, acompañadas de epigastralgia, náuseas sin vómitos y sensación de inestabilidad.

**Exploración:** buen estado general, constantes normales. ACP sin alteraciones. Abdomen blando, depresible sin masas ni megalias, doloroso en epigastrio.

**Tacto rectal con coágulos** de aspecto negruzco. Se solicita analítica (hemograma, coagulación y bioquímica) que es normal.

La radiografía de tórax y abdomen sin alteraciones significativas.

Se realiza **gastroscopia** con resultado de hernia de hiato, lesión submucosa gástrica prominente de 15 mm en curvatura mayor de cuerpo (recogiendo muestras para biopsia), no hay restos hemáticos en el tramo explorado.

**Biopsias:** tres fragmentos irregulares de estómago donde aparece gastritis crónica no asociada a Helicobacter Pylori.

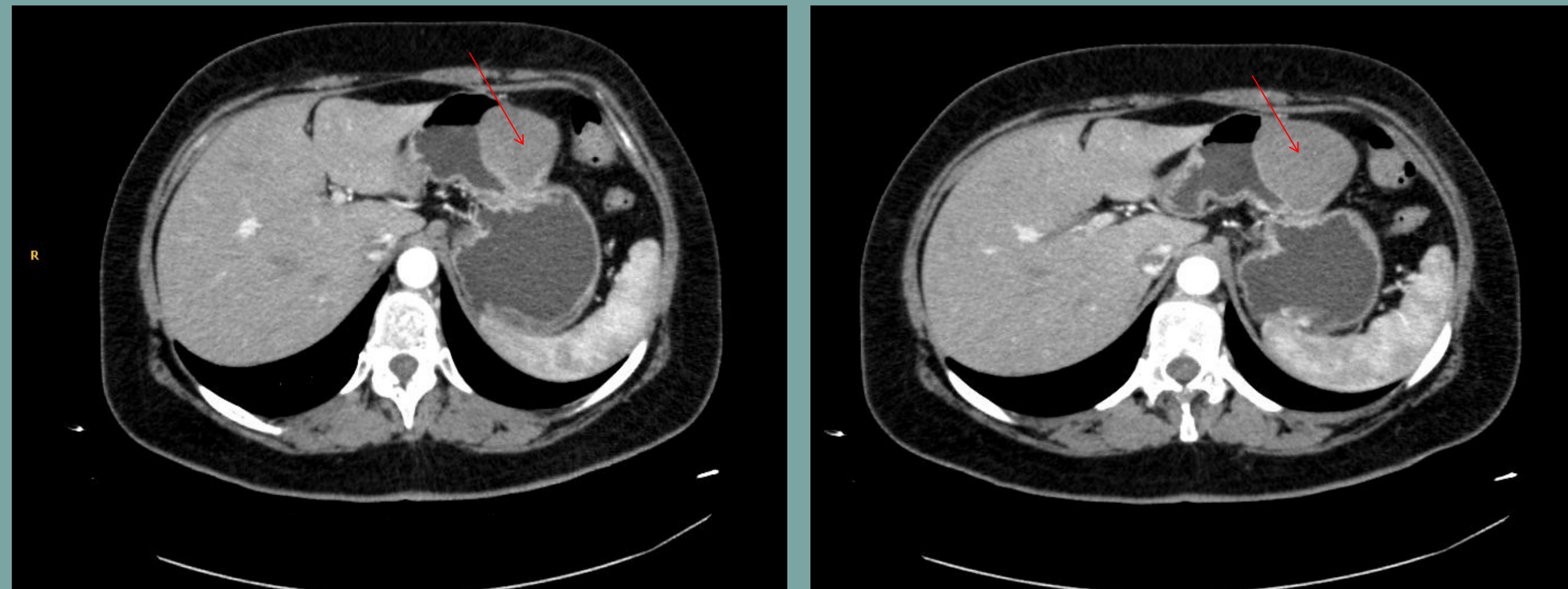
Dada la lesión hallada se **ingresa en Digestivo** para continuar estudio, donde se realiza:

**Colonoscopia** con diagnóstico de colitis inespecífica y divertículos en sigma (se toma biopsia).

**TAC abdominal:** tumoración sólida en submucosa de curvatura mayor gástrica de crecimiento **excéntrico**, bien delimitada de 58 x 44mm con 3 adenopatías (con centro hipodenso) de 8 mm, 11 mm y 14 mm adyacentes al antro gástrico.

**AS:** **hierro 27 mcg/dl** (60-180 mcg/dl), ferritina 37,2 ng/ml (12-300 ng/ml), transferrina 243 mg/dl (200-360 mg/dl), **sat. transferrina 7,77%** (20-40%). Bioquímica incluidas enzimas hepáticas, normal. Hemograma : hematíes 3,6 millones u/l (3,8-4,9), Hb 10,8 gr/dl (12,2-16,5), Hto. 31,6% (36-48%), plaquetas 186 mil (125-450mil). Coagulación normal excepto **fibrinógeno derivado 5,6gr/l (1,4-4 gr/l)**

Se decide tratamiento con hierro (iv y posteriormente oral) hasta intervención quirúrgica. Le realizan gastrectomía parcial y en la biopsia intraoperatoria se diagnostica de **GIST gástrico** de 5 cm situado en cara posterior gástrica hacia curvatura mayor. Se realiza gastrectomía parcial atípica. Alta con BEG el 28/03/14, pendiente de revisión por CCEE y resultado definitivo de anatomía patológica.



En los tumores localizados en esófago, estómago, duodeno y recto, la endoscopia estaría indicada y serviría para biopsiar. La tomografía computerizada (TC) con contraste y la resonancia magnética (RM) son los métodos de imagen para el estudio inicial de los GIST. El diagnóstico definitivo se realiza por inmunohistoquímica ( el 95% expresan c- kit, un 5% son negativos para kit y precisan de otros análisis). Los **factores pronósticos** son el índice mitótico, tamaño del tumor y la localización teniendo los gástricos mejor pronóstico que los de intestino delgado o recto. Como factores adicionales de mal pronóstico, los márgenes quirúrgicos y la rotura del tumor.

**Tratamiento:** puede ser cirugía, tratamiento dirigido o combinación de ambos. Hasta el desarrollo del tratamiento dirigido (mesilato de IMATINIB, SUNITINIB), no había tratamiento sistémico eficaz para este tumor y el pronóstico de los pacientes con enfermedad local recidivante o enfermedad metastásica era malo. Con GIST avanzado el promedio de supervivencia es de 9 a 20 meses después del tratamiento estándar. Para mejorar esto prácticamente todos los pacientes deben incluirse en ensayos clínicos.

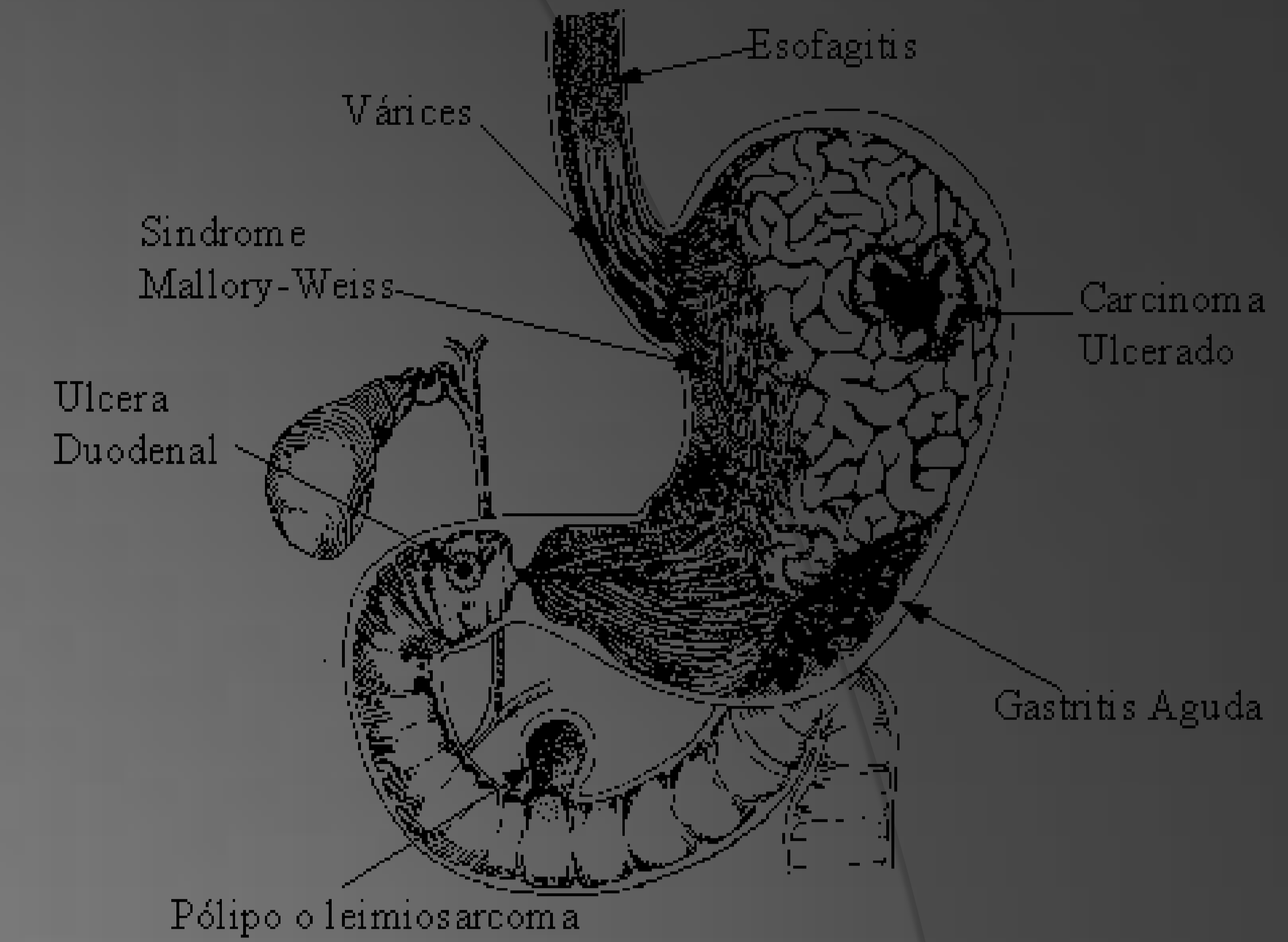
## HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA)

Definición: toda extravasación de sangre en el tubo digestivo en el tramo localizado **entre el esófago y el ángulo de Treitz**.

CAUSAS DE HDA NO VARICOSA	
ENFERMEDAD	FRECUENCIA
ULCERA PEPTICA	50%
EROSIONES	25-30%
DESGARRO MALLORY- WEISS	8%
ESTOMAGO EN SANDIA	3-5%
ANGIOMAS	1-2%
LESION DE DIELAFOY	1-2%
HEMOBILIA	< 1%
FISTULA AORTOENTERICA	< 1%
OTRAS	6-10%
<b>CARCINOMAS</b>	<b>1-5%</b>

FORMAS CLINICAS  
DE  
PRESENTACION

ANEMIA/SD. ANEMICO  
**MELENA**  
HEMATEMESIS  
VOMITOS EN POSOS DE CAFE  
HEMATOQUECIA  
SOMF  
DESCOMPENSACION  
HEMODYNAMICA



## TUMOR DE GIST

Los GIST son tumores del tejido conectivo del tubo digestivo y estructuras contiguas que pueden surgir en cualquier punto, desde el estómago hasta el ano. Son los tumores mesenquimales más comunes originados en el tubo digestivo, aparecen cuando las células nerviosas del tejido, también llamadas células intersticiales de Cajal (ICC), se transforman en cancerosas. Se caracterizan por anomalías genéticas específicas que producen hiperactividad de un gen concreto (proto-oncogen c- kit) y la sobreproducción de determinadas proteínas. Una mínima parte de los casos de GIST son debidos a factores hereditarios. **La incidencia** de los GIST es de 10-20 casos/millón de habitante, más frecuentes en personas de más de 50 años, con una media de 55-65 años, raros en menores de 40 años y excepcionales en niños. Predominan ligeramente en varones. En España aparecen 600 a 800 casos nuevos cada año.

Los **síntomas** se relacionan con su localización primaria y el tamaño del tumor.

Una tercera parte de los pacientes no presentan síntomas, por lo que los GIST normalmente son descubiertos durante una cirugía de urgencia o en controles de rutina. Como **síntomas comunes** : dolor abdominal, presencia de una masa abdominal palpable, dificultad para tragar, náuseas, sensación de saciedad. A su vez, por la erosión del tracto intestinal, se pueden presentar síntomas secundarios como sangre en las deposiciones, estreñimiento o anemia.

### LOCALIZACIÓN DEL TUMOR DE GIST

