

Video Caso Clínico: Tumores Subepiteliales del Estómago

Giomara Katherine Ojeda Peláez¹, Gustavo Enrique Calle Hinojosa¹, Rosa Armenia Aparicio Delgado².

1.Unidad de Gastroenterología. Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, IESS. Cuenca – Ecuador.

2.Coordinación General de Diagnóstico y Tratamiento Anatomía Patológica. Hospital Carlos Andrade Marín, IESS. Quito – Ecuador.

CORRESPONDENCIA:

Giomara Katherine Ojeda-Peláez
Correo electrónico: giomyojeda7254@gmail.com
Dirección: Campus de Medicina, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Avenida 12 de Octubre 1076, Vicente Ramón Roca, Quito, Pichincha – Ecuador
Código Postal: EC170525
Teléfono: (593) 02 6042582

Fecha de Recepción: 08 – 02 – 2018

Fecha de Aceptación: 31 – 07 – 2018

Fecha de Publicación: 31 – 07 – 2018

MEMBRETE BIBLIOGRÁFICO:

Ojeda G, Calle G, Aparicio R. Casos Clínicos – Video. Tumores Subepiteliales del Estómago. Rev Med HJCA 2018; 10(2): 189-192. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2018.10.2.vi.31>

ARTÍCULO ACCESO ABIERTO



©2018 Ojeda G, et al. Licencia Rev Med HJCA. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de "Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License" (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), la cual permite copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato; mezclar, transformar y crear a partir del material, dando el crédito adecuado al propietario del trabajo original.

El dominio público de transferencia de propiedad (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) aplica a los datos recolectados y disponibles en este artículo, a no ser que exista otra disposición del autor.

*Cada término de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) reportados en este artículo ha sido verificado por el editor en la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) de la edición actualizada a marzo de 2016, el cual incluye los términos MESH, MEDLINE y LILACS (<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>).



RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Las lesiones subepiteliales son aquellas estructuras ubicadas debajo de una mucosa normal que se ven como bultos o protuberancias, en cualquier parte de la luz del tracto digestivo. Los estudios informan que estas protuberancias ocurren en 1 de cada 300 endoscopias [1] o en 1 % de las endoscopias digestivas altas, con una incidencia de 0.76 % en Ecuador [2]. Uno de ellos es el pólipo fibroide inflamatorio, representa el tumor benigno menos frecuente entre el 1 al 4 %, con una incidencia de 0.1 % [3] y otro es el GIST, el más común de los tumores gastrointestinales, principalmente en el estómago con frecuencia entre el 60 al 70 % [4].

Los tumores subepiteliales se encuentran principalmente en el estómago con un 60 a 70 %, seguido de intestino delgado con un 20 a 30 %, luego colon con 5 % y en esófago en menos del 5 % [5]. En el estómago los tumores más comunes son los GIST, se originan de las células intersticiales de Cajal con un CD117 positivo que detecta un componente celular llamado c-kit en el 95 % de estas. En el video se ilustra las técnicas usadas en estos dos pacientes para obtener una muestra y orientar la conducta.

PALABRAS CLAVE: TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL, MUCOSA GÁSTRICA, NEOPLASIAS GÁSTRICAS.

ABSTRACT

Case Report: Subepithelial Tumors of the Stomach.

BACKGROUND: Subepithelial lesions are those structures located below a normal mucosa that are seen as lumps or bulges located in any part of the lumen of the digestive tract. Studies report that these bulges occur in 1 in 300 endoscopies [1] or in 1 % of upper digestive endoscopies or with an incidence of 0.76 % in Ecuador [2]. One of them is the inflammatory fibroid poly; it represents the less frequent benign tumor between 1 to 4 %, with an incidence of 0.1 % [3] and another is the GIST which represents the most common subepithelial lesions, with a frequency between 60 to 70 % in the stomach [4].

Subepithelial tumors are found mainly in the stomach with 60 to 70 %, followed by small intestine with 20 to 30 %, then colon with 5 % and in the esophagus in less than 5 % [5]. In the stomach, the most common tumors are GIST, they originate from the interstitial cells of Cajal with a positive CD-117 that detects a cellular component called c-kit in 95 % of these. The video illustrates the techniques used in these two patients to obtain a sample and guide behavior.

KEYWORDS: GASTROINTESTINAL STROMAL TUMORS, GASTRIC MUCOSA, STOMACH NEOPLASMS

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 47 años de edad, con antecedente de familiar de primer grado con cáncer gástrico, consulta refiriendo dolor de tipo urente a nivel de epigastrio de seis meses de evolución, que se intensificó hace tres meses, con plenitud precoz; por lo que es catalogado como síndrome de distrés postprandial; se solicita una endoscopia digestiva alta con hallazgo de tumor subepitelial de aproximadamente 2 cm de diámetro en el antro (Imagen 1).

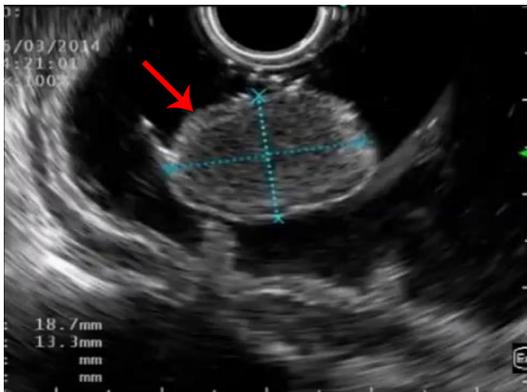
Imagen 1. Lesión subepitelial de aproximadamente 2 cm en el antro, en endoscopia digestiva alta.



Elaborado: Calle G
Fuente: Base fotográfica de autores

Se realizó además ecoendoscopia que ratificó el hallazgo e indica una lesión homogénea, isoecoica y dependiente de la mucosa profunda o segunda capa (Imagen 2).

Imagen 2. Lesión homogénea, isoecoica, dependiente de la mucosa profunda que mide 18 mm de longitud y 13 mm de diámetro.

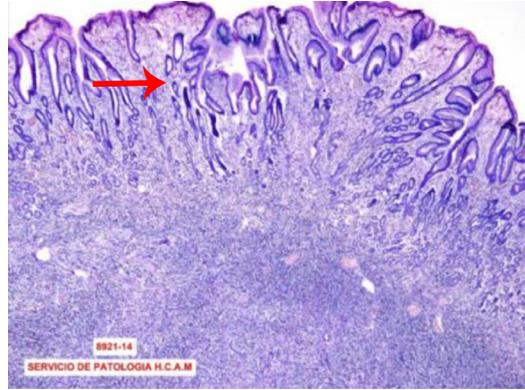


Elaborado: Calle G
Fuente: Base fotográfica de autores

Con estos hallazgos ecoendoscópicos no se logró identificar el tipo de lesión subepitelial, por lo tanto se decidió obtener muestra para estudio histopatológico; se realizó resección submucosa endoscópica mediante la técnica "stripbiopsy" usando endoscopio doble canal con la ayuda de un endo-loop para pedicular la lesión.

El resultado de histopatología reportaba una lesión localizada debajo de la mucosa constituida por fusocélulas que alterna con numerosos polimorfonucleares, en medio de estroma laxo. El resultado de inmunohistoquímica dio positivo para CD34 y c-kit negativo. Concluyendo que se trata de un pólipo fibroide inflamatorio ubicado en la mucosa profunda. Que fue completamente resecado (Imagen 3).

Imagen 3. Fusocélulas debajo de la mucosa, que alterna con polimorfonucleares, siendo un pólipo fibroide inflamatorio.



Elaborado: Aparicio R
Fuente: Unidad de Patología HCAM

Al tratarse de una lesión benigna, el paciente no ameritó seguimiento endoscópico; para sus molestias se le administró bomba de protones con evolución favorable. Este manejo se confirma en un estudio realizado en España a 26 pacientes con pólipo fibroide inflamatorio, en donde se demostró que luego de la exéresis completa de la lesión no hay recidiva, por lo tanto, no amerita seguimiento [6].

CASO CLÍNICO 2

Paciente de 37 años de edad consultó por cuatro meses de evolución por un cuadro clínico de dispepsia caracterizado por dolor en epigastrio que mejora con la ingesta alimenticia, pérdida de peso no intencionada por lo que se solicita endoscopia digestiva alta con hallazgo de lesión subepitelial en cardias (imagen 4).

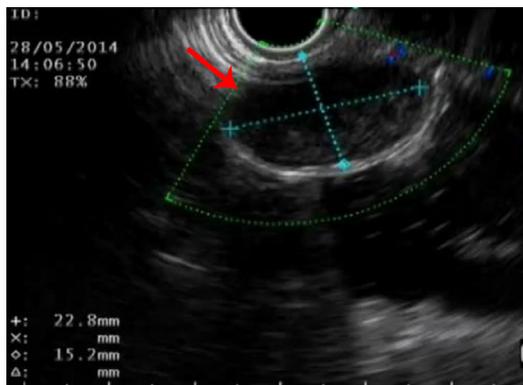
Imagen 4. Lesión subepitelial en cardias en endoscopia digestiva alta.



Elaborado: Calle G
Fuente: Base fotográfica de autores

Se realizó ecoendoscopia con reporte de lesión hipoeicoica, homogénea, perteneciente a la cuarta capa, mide 22 por 16 mm de bordes regulares (Imagen 5). Al sospechar de un GIST con estos hallazgos, se realiza una punción guiada con aguja fina.

Imagen 5: Lesión hipocóica, homogénea, dependiente de la cuarta capa de 22.8 mm de longitud y 15.7 mm de diámetro.

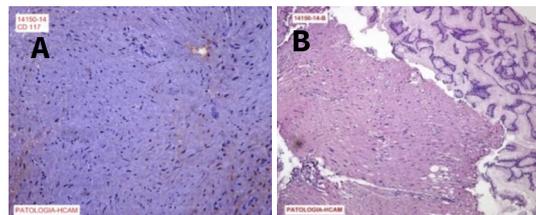


Elaborado: Calle G
Fuente: Base fotográfica de autores

El informe histopatológico reportó “trombosis intravenosa rodeada por zonas de hemorragias, edema, necrosis epitelial algo esclerótica más conductos subepiteliales dilatados, llenos de sangre”, concluyendo “varices esofágicas de la región del cardias”, sin embargo, la paciente no presenta factores predisponentes para la aparición de varices, al ser biopsiada la lesión no hubo presencia de sangrado, por lo tanto este reporte histopatológico no se correlacionaba con la clínica de la paciente. Se realizó una nueva ecoendoscopia que confirmó la naturaleza tisular de la lesión. Se procedió a realizar un “destechamiento” de la lesión, es decir se cortó en su vértice la mucosa que la cubre con un esfinterótomo cuchillo, exponiendo la lesión y de esta manera se pudo tomar biopsias de la lesión directamente.

El resultado histopatológico de estas nuevas muestras resultaron en un GIST fusocelular (Imagen 6), más CD117 positivo con mitosis aparente. Se prescribió inhibidor de la bomba de protones que mejoró la sintomatología del paciente y se planificó realizar seguimiento de la lesión en un año, sin embargo, el paciente no acudió al control [6].

Imagen 6. Histopatología de la lesión: A: CD117 positivo, B: GIST fusocelular.



Elaborado: Aparicio R
Fuente: Unidad de Patología HCAM

CONCLUSIONES

Es muy importante determinar con exactitud el diagnóstico de una lesión subepitelial, con el fin de realizar, la correcta toma de biopsias y esta a su vez se debe correlacionar con la sintomatología y clínica del paciente.

Una vez confirmado el diagnóstico y determinado el tipo de lesión subepitelial del paciente; se podrá realizar el manejo adecuado, tanto en tratamiento como seguimiento y pronóstico.

RECOMENDACIONES

Es importante que al momento de observar alteraciones a nivel de la mucosa gástrica, realizar la toma de biopsia, debe tener concordancia con la clínica del paciente; caso contrario se debe repetir el estudio, con el fin de obtener el diagnóstico de certeza y proceder al tratamiento del mismo de la manera más óptima para restituir la salud a estos pacientes.

En términos generales se recomienda que si la lesión es menor a 1 cm amerita seguimiento con endoscopia, si la lesión es mayor a 1 cm se debe realizar una ecoendoscopia, si se evidencia que la lesión involucra la ecocapa 1 (parte superficial de la mucosa gástrica), 2 (muscular de la mucosa) o 3 (submucosa) se puede realizar una resección y si esta es más grande se debe realizar ecoendoscopia con punción para el diagnóstico definitivo o alternativamente usar otras técnicas para la adquisición de tejido como el “destechamiento” y biopsias. Si es mayor a 3 cm se recomienda resección quirúrgica [2, 6].

MATERIAL COMPLEMENTARIO

El caso clínico documentado en video se puede visualizar en URL: <https://youtu.be/BDvyuc3PGRM>

CONTRIBUCIÓN DE AUTORES

GO, GC: revisión bibliográfica y redacción del manuscrito, análisis crítico. GC: manejo clínico y endoscópico del paciente, edición del video. RA: análisis de anatomía patológica. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

INFORMACIÓN DE AUTORES

- Giomara Katherine Ojeda Peláez. Médica Cirujana. Estudiante de posgrado de Gastroenterología y Endoscopia de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito, Ecuador. [ORCID: http://orcid.org/0000-0001-8625-7701](http://orcid.org/0000-0001-8625-7701)
- Gustavo Enrique Calle Hinojosa. Gastroenterólogo. Unidad de Gastroenterología del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga IESS. Docente de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y de la Universidad de Azuay, Cuenca - Ecuador. [ORCID: https://orcid.org/0000-0002-3778-7017](https://orcid.org/0000-0002-3778-7017)
- Rosa Armenia Aparicio Delgado. Médica especialista en Anatomía Patológica del Hospital de Especialidades IESS Carlos Andrade Marín. Quito - Ecuador. [ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7189-5716](https://orcid.org/0000-0002-7189-5716)

ABREVIATURAS

CD34: cúmulo de diferenciación 34; CD117: cúmulo de diferenciación 117; C-kit: glicoproteína transmembrana de receptor kit; cm: centímetros; mm: milímetros; GIST: Tumor de estroma gastrointestinal.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Los autores declaran que para este procedimiento no se realizaron experimentos en seres humanos ni en animales.

CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos personales del paciente.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los autores cuentan con el consentimiento informado por parte del paciente

AGRADECIMIENTOS

Se reconoce a las personas que participaron indirectamente en los presentes casos como personal de enfermería, auxiliares, médico anesthesiólogo del Hospital José Carrasco Arteaga.

FINANCIAMIENTO

Por los autores.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no reportan conflictos de intereses

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Ojeda G, Calle G, Aparicio R. Vídeo Casos Clínicos. Tumores Subepiteliales del Estómago. Rev Med HJCA 2018; 10(2): 189 - 192. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2018.10.2.vi.31>

PUBLONS

 Contribuye con tu revisión en: <https://publons.com/review/2792336/>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gomez MA. Ecoendoscopia en la evaluación de las lesiones subepiteliales duodenales. Rev Colomb Gastroenterol [Internet]. 2015;30(2):205-10. Disponible en: <http://www.gastrocol.com/file/Revista/v30n2a09.pdf>
2. Jeong Gong E, Hoon Kim D. Endoscopic Ultrasonography in the Diagnosis of Gastric Subepithelial Lesions. Clin Endosc [Internet]. 2016;49:425-33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1633779>
3. Guerra J, Ibañez F, Hernández de la torre J, Alcántara F. Cartas al Director Pólipo fibroide inflamatorio gástrico. Rev Española enfermedades Dig [Internet]. 2006;98(5):477-83. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082006000600014
4. Krinsky ML, Binmoeller K. Endoscopic ultrasound for the characterization of subepithelial lesions of the upper gastrointestinal tract. Up to date [Internet]. 2017;1-23. Available from: https://www.uptodate.com/contents/endoscopic-ultrasound-for-the-characterization-of-subepithelial-lesions-of-the-upper-gastrointestinal-tract?search=endoscopic+ultrasound+for+the+characteriz&source=search_result&selectedTitle=5-150&usage_type=default&disp
5. Faulx AL, Kothari S, Acosta RD, Agrawal D, Bruining DH, Chandrasekhara V, et al. The role of endoscopy in subepithelial lesions of the GI tract. Gastrointest Endosc [Internet]. 2017;85(6):1117-32. Available from: [http://www.giejournal.org/article/S0016-5107\(17\)30124-4/fulltext](http://www.giejournal.org/article/S0016-5107(17)30124-4/fulltext). DOI:<http://dx.doi.org/10.1016/j.gie.2017.02.022>.
6. Menon L, Buscaglia JM. Endoscopic approach to subepithelial lesions. Therap Adv Gastroenterol. [Internet] 2014;7(3):123-130. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1756283X13513538>. DOI: 10.1177/1756283X13513538