

REPORTE DE CASO

Tumor del Estroma Gastrointestinal

Gastrointestinal Stromal Tumor: A Case Report

Luis Alberto Sosa Merida, M.D., Elvis Antonio Huinac, M.D., Eduardo Nehemías Chun, M.D., Brendy Marisol Velásquez Orozco, M.D., José Carlos Echeverría, M.D., Mary Geyovana Cotí, M.D.

Hospital Regional de Occidente, Departamento de Radiología, Quetzaltenango, Guatemala

Recibido: 04/11/2025 | Aceptado: 12/12/2025 | Publicado: 15/12/2025

RESUMEN

Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son neoplasias mesenquimales raras que pueden surgir en cualquier parte del tracto gastrointestinal, más comúnmente en el estómago y el intestino delgado. Suelen ser asintomáticos y se detectan de forma incidental, aunque los tumores más grandes pueden causar dolor abdominal, vómitos, sangrado gastrointestinal u obstrucción. Histológicamente, los GIST se originan a partir de células intersticiales de Cajal o células madre relacionadas y se caracterizan por mutaciones en los genes KIT o PDGFRA. El diagnóstico implica imágenes y evaluación histopatológica.

Palabras Clave: Tumor del estroma gastrointestinal, GIST, reporte de caso, ultrasonografía, tomografía computarizada.

ABSTRACT

Gastrointestinal stromal tumors (GISTs) are rare mesenchymal neoplasms that can arise anywhere along the gastrointestinal tract, most commonly in the stomach and small intestine. They are often asymptomatic and detected incidentally, although larger tumors may cause abdominal pain, vomiting, gastrointestinal bleeding, or obstruction. Histologically, GISTs originate from interstitial cells of Cajal or related stem cells and are characterized by mutations in KIT or PDGFRA genes. Diagnosis involves imaging and histopathological evaluation.

Keywords: Gastrointestinal stromal tumor, GIST, case report, ultrasonography, computed tomography.

1. INTRODUCCIÓN

Los GIST son tumores mesenquimales poco frecuentes del tracto gastrointestinal, con una incidencia de 10–20 casos por millón de habitantes. Suelen ser asintomáticos y diagnosticados incidentalmente, aunque los de gran tamaño pueden causar síntomas abdominales. Se originan de las células intersticiales de Cajal y pueden ser malignos en un 20–30 %.

2. INFORME DE CASO

Paciente femenina de 63 años, originaria de Olinstepeque, Quetzaltenango, de profesión ama de casa.

El paciente refiere que hace 4 días inicia con dolor abdominal, localizado en epigastrio el cual se irradia a hipocondrio derecho, indica

que se acompaña de vómito de contenido alimenticio por lo que decide consultar; la paciente es ingresada a este centro para estudio especializado donde realizan estudios de imagen, en los cuales se visualiza una imagen de aspecto neoplásico por lo que es referida a cirugía para tratamiento quirúrgico, resección de la misma y posterior estudio histopatológico.

Durante la cirugía los hallazgos transoperatorios fueron una masa de 17*15 cms, adherida a páncreas, retroperitoneo, 2da, 3ra y 4ta porción del duodeno, mesenterio altamente vascularizado de origen a determinar. Con base en los hallazgos clínicos, radiológicos y los resultados de la biopsia se diagnostica Tumor del Estroma Gastrointestinal, tipo epiteloide.

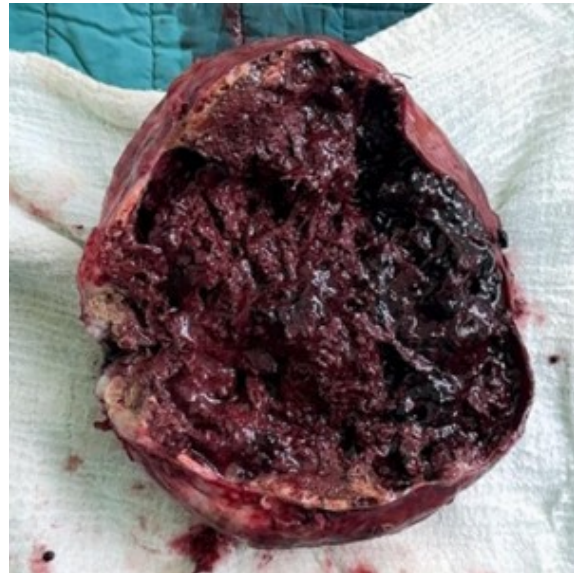


Figura 1. Aspecto macroscópico del tumor extirpado. Se observa masa de gran tamaño con corte transversal que revela áreas de necrosis y hemorragia.

3. DISCUSIÓN

Patología

Los GIST suelen ser tumores submucosos y la mucosa suprayacente suele permanecer intacta en la evaluación patológica y por imágenes.

Histológicamente, estos tumores suelen originarse en la capa muscular propia y se desarrollan como masas submucosas, frecuentemente bien delimitadas y exofíticas. La mucosa suprayacente puede permanecer indemne, lo que dificulta su detección precoz en estudios endoscópicos.

En la evaluación macroscópica, estos tumores suelen presentarse como masas bien circunscritas, de consistencia firme, con áreas de necrosis, hemorragia o degeneración quística, especialmente en lesiones de gran tamaño.

Microscópicamente, se observa una proliferación monomorfa de células fusiformes o epitelioides, dispuestas en fascículos o en nidos, con escaso pleomorfismo nuclear y bajo índice mitótico, aunque estos parámetros pueden variar dependiendo del grado de riesgo biológico del tumor.

Manifestaciones clínicas

La clínica depende de la localización y del tamaño del tumor y muchas veces no es específica. Pueden generar saciedad temprana, mala digestión, meteorismo, dolor abdominal difuso o masa palpable. Ocasionalmente se pueden dar hemorragias digestivas cuando el

tumor afecta a la mucosa. Estos síntomas no específicos y el crecimiento exofítico de los tumores hacen que no se detecten los tumores GIST hasta que su progresión está muy avanzada.

Estudios de imagen

Radiografía simple: Cuando son grandes, se pueden visualizar mediante radiografía signos secundarios del tumor, p. ej. densidad de tejido blando que desplaza las asas intestinales.

Ultrasonido: En estudios ecográficos, los GIST suelen presentarse como masas hipoecoicas bien delimitadas, de contornos regulares, localizadas en la submucosa o muscular propia. Pueden mostrar vascularización interna al aplicar Doppler color, y en lesiones grandes es posible identificar áreas anecoicas compatibles con necrosis o degeneración quística.

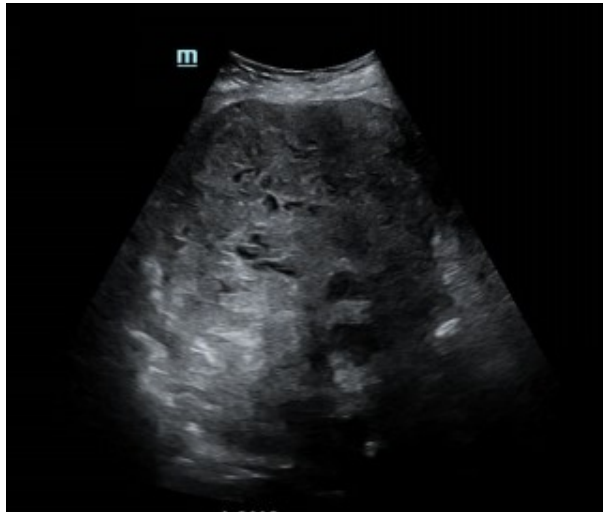


Figura 2. Imágenes de ultrasonido abdominal. A nivel de epigastrio se evidencia masa de gran tamaño, heterogénea, de predominio hipoecogénico con áreas anecogénicas, las cuales sugieren degeneración quística por hemorragia o necrosis.

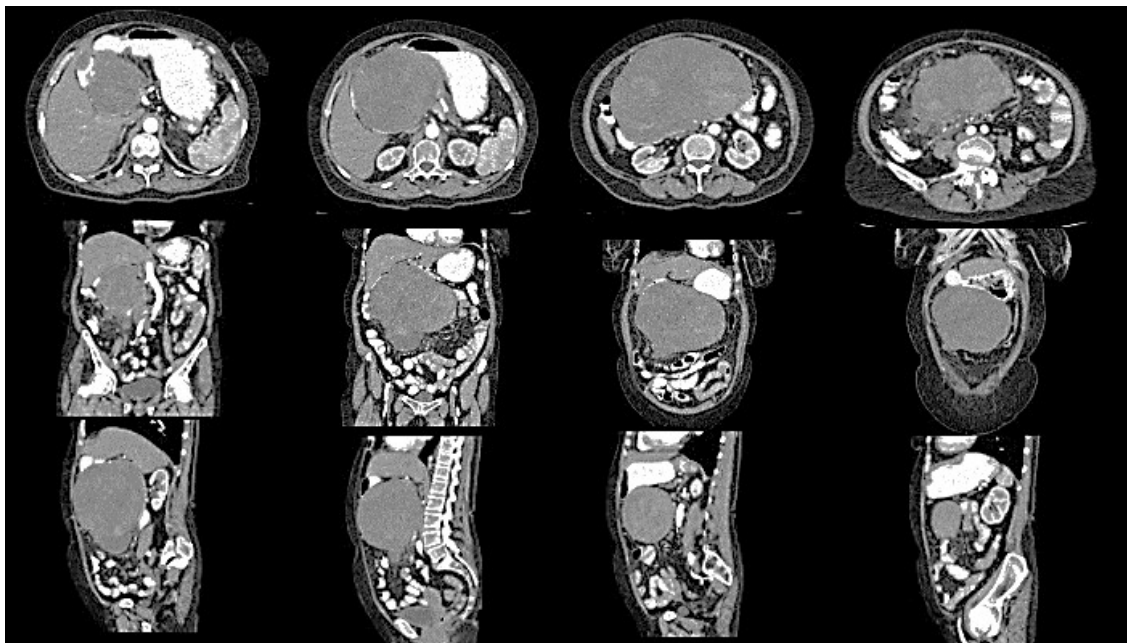


Figura 3. Imágenes de TC en cortes axiales, coronales y sagitales en fase simple y con medio de contraste oral. Se puede observar una masa de gran tamaño, en íntimo contacto con la cámara gástrica, el duodeno y el páncreas, de aspecto sólido, heterogéneo, de predominio hiperdenso, ovalado con bordes lobulados.

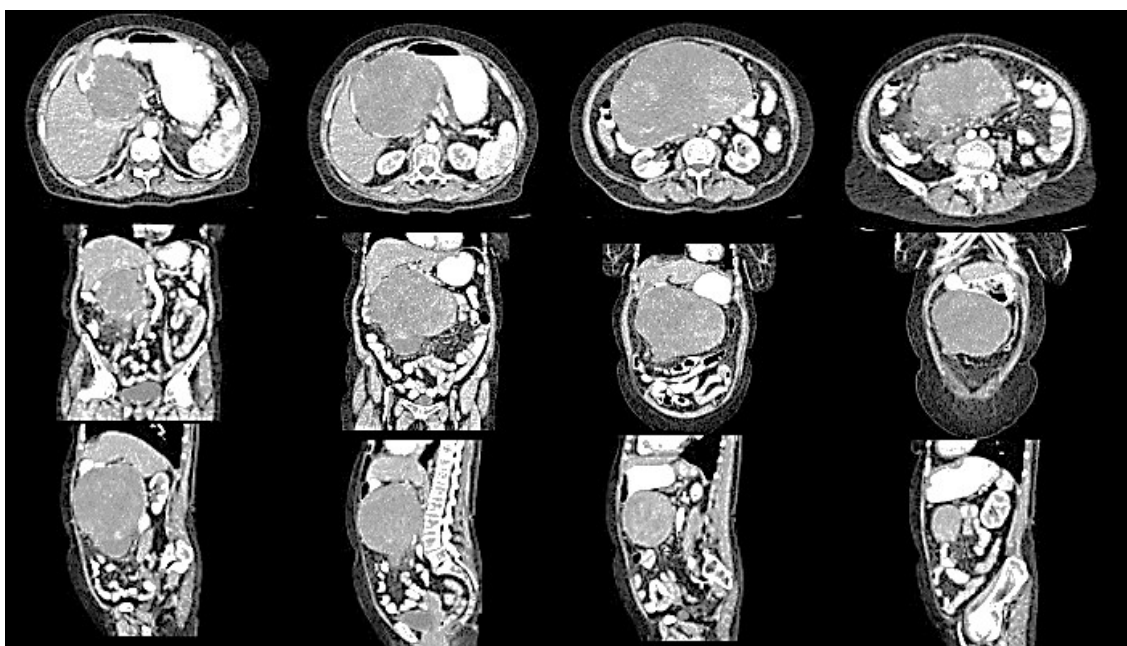


Figura 4. Imágenes de TC en fase arterial con medio de contraste oral. Se observa como la masa presenta un ligero realce heterogéneo de la pared. Esta masa medía 17.0 cm en sentido cefalocaudal, 12.4 cm en sentido anteroposterior y 20.4 cm en sentido transversal, con un volumen aproximado de 2,249.0 cc.

Tomografía Computarizada

Las características en TC varían mucho dependiendo de su tamaño, agresividad y el tiempo de evolución. Gran masa sólida con

márgenes bien definidos. Hipervascular con realce de predominio periférico. Heterogénea debido a áreas de necrosis, hemorragia o degeneración quística. Ulceración y

fistulización a la luz gastrointestinal. Desplaza estructuras adyacentes sin infiltrarlas.

Resonancia magnética

T1: componente sólido de baja intensidad de señal. T2: componente sólido de alta intensidad de señal. T1 C+: realce gradual heterogéneo leve en lesiones más grandes y realce arterial fuerte y homogéneo que persiste en lesiones más pequeñas. DWI/ADC: señal típica de DWI alto/ADC bajo; valores de ADC más bajos se han asociado con tumores de alto riesgo.

4. TRATAMIENTO

La resección quirúrgica en bloque es el principal modo de tratamiento para los GIST. Hasta el 50 % de todos los GIST presentarán evidencia de enfermedad metastásica al momento de la presentación. La quimioterapia adyuvante con imatinib es eficaz en la mayoría de los casos y ha tenido un impacto significativo en el pronóstico.

5. CONCLUSIÓN

Este caso clínico enfatiza el rol fundamental de la radiología en el diagnóstico temprano y la planificación terapéutica de los tumores del estroma gastrointestinal (GIST), entidades poco

frecuentes, pero potencialmente agresivas. La adecuada interpretación de los hallazgos en ultrasonido y tomografía permitió no solo identificar una masa de gran tamaño con características sugestivas de malignidad, sino también delimitar su extensión y sus relaciones anatómicas, información clave para el equipo quirúrgico. En el contexto de la formación en radiología, este tipo de casos refuerza la importancia de un enfoque sistemático, correlacionando imágenes con clínica e histopatología para un abordaje diagnóstico integral y preciso.

6. DECLARACIONES

Conflictos de interés

No existieron conflictos de interés durante el estudio, y este no fue financiado por ninguna organización.

Agradecimientos

Al personal administrativo y médico del Hospital Regional de Occidente por brindarnos los insumos y condiciones necesarias en el departamento de radiología para colaborar en el diagnóstico de este y otros pacientes de escasos recursos económicos.

REFERENCIAS

1. Gaillard F, Silverstone L, Le L, et al. Tumor del estroma gastrointestinal. Artículo de referencia, Radiopaedia.org (Consultado el 22 de junio de 2025) <https://doi.org/10.53347/rID-6758>
2. Pérez Tauriaux, Olivia, González Bernardo Roberto. Tumor del estroma gastrointestinal de localización gástrica. MEDISAN [en línea]. 2015, 19(2), [fecha de Consulta 21 de Junio de 2025]. ISSN: . Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368445172015>
3. Sandrasegaran K, Rajesh A, Rydberg J, Rushing DA, Akisik FM, Henley JD. Gastrointestinal stromal tumors: clinical, radiologic, and pathologic features. AJR Am J Roentgenol. 2005 Mar;184(3):803–11. doi:10.2214/ajr.184.3.01840803.
4. Inoue, Akitoshi et al. “Gastrointestinal stromal tumors: a comprehensive radiological review.” Japanese journal of radiology vol. 40,11 (2022): 1105-1120. doi:10.1007/s11604-022-01305-x