

REPORTE DE CASO

Manejo de GIST gástrico mediante resección endoscópica por tunelización submucosa y seguimiento a 5 años. Reporte de caso

Management of gastric GIST removed through submucosal tunneling endoscopic resection and 5 year follow-up. Case report

Juan Antonio Chirinos-Vega^{1,a} , Patricia Valera-Luján^{2,a} 

¹ Clínica Angloamericana, Lima, Perú.

² Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Perú.

^a Médico gastroenterólogo.

Recibido: 14/2/2024
Aprobado: 31/10/2024
En línea: 30/12/2024

Contribución de los autores

Ambos autores contribuyeron en la elaboración del reporte de caso.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiamiento

Ninguno.

Citar como

Chirinos-Vega JA, Valera-Luján P. Manejo de GIST gástrico mediante resección endoscópica por tunelización submucosa y seguimiento a 5 años. Reporte de caso. Rev Gastroenterol Peru. 2024;44(4):411-4. doi: 10.47892/rgp.2024.444.1690

RESUMEN

Se reporta el caso de una paciente mujer de 68 años a quien se le extrajo un tumor del estroma gastrointestinal de la muscular propia del cuerpo gástrico mediante resección endoscópica por tunelización submucosa (RSET), con seguimiento favorable a los 5 años, sin signos de recidiva.

Palabras clave: Tumores del Estroma Gastrointestinal; Endoscopia; Ultrasonografía Endoscópica (fuente: DeCS Bireme).

ABSTRACT

We report the case of a 68-year-old female patient who had a gastrointestinal stromal tumor involving muscularis propria of the gastric body that was removed through submucosal tunneling endoscopic resection, with favorable follow-up after 5 years, with no signs of recurrence.

Keywords: Gastrointestinal Stromal Tumors; Endoscopy; Endoscopic Ultrasonography (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son los tumores mesenquimales más comunes del tracto gastrointestinal. La edad media de diagnóstico es en la sexta década de la vida y su localización más frecuente es en el estómago (60%). La mayoría de GIST se encuentra incidentalmente en endoscopias altas y la ultrasonografía endoscópica (USE) nos permite confirmar el diagnóstico mediante punción aspiración con aguja fina (PAAF) donde la tinción inmunohistoquímica (IHQ) suele ser positiva para CD117 o DOG1. El manejo suele variar según localización y tamaño de la lesión ^(1,2).

Hasta hace unos años el manejo se limitaba a la vigilancia periódica o la resección quirúrgica. Sin embargo, las técnicas de resección endoscópica han evolucionado por lo que se puede optar por una disección submucosa endoscópica, resección submucosa endoscópica tunelizada y la resección endoscópica de espesor total ⁽³⁾.

CASO CLÍNICO

Se reporta el caso de una paciente mujer de 68 años, con antecedente de hipertensión arterial a quien durante una endoscopia de despistaje realizada en el 2011 se haya incidentalmente una lesión subepitelial en cuerpo gástrico (Figura 1). Dicha lesión mide 1,5 cm y se realiza una ultrasonografía endoscópica en el 2018 para un adecuado diagnóstico, donde se identifica lesión hipoecogénica heterogénea con ecos internos y se ubica en la cuarta capa ecográfica y contacta con la tercera capa, la lesión mide 1,45 cm x 0,93 cm (Figura 2), se realiza PAAF con aguja de 19G obteniendo material serohemático que se envía a citología

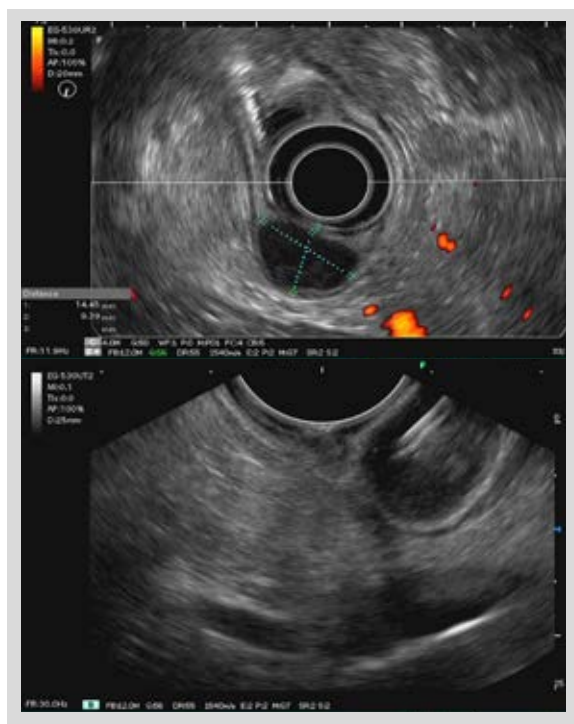
Correspondencia:

Patricia Valera Luján
Av. La Merced 647, Santiago de surco,
Lima, Perú
Teléfono: +51 992004697
E-mail: patty_valera@hotmail.com



Figura 1. Lesión subepitelial de 1,5 cm en cuerpo gástrico distal, pared posterior hacia curvatura mayor.

el resultado fue compatible con un tumor estromal gastrointestinal (GIST). Posteriormente se decide realizar la resección endoscópica por tunelización submucosa, usando un cap cónico, DH-28Gr. Se procedió a realizar un corte 2 cm proximal a la lesión con Hybridknife (Erbe, E.E.U.U.) y se inyectó ácido hialurónico para distender la submucosa para posteriormente disecar la submucosa utilizando Hybridknife y IT-Knife 2 (ENDOCUT Q, Efecto 2-3-3) creando un túnel. Se ubico la lesión a nivel de la capa muscular, comprometiéndose submucosa y se diseco alrededor de la misma, una vez liberados los bordes se procedió a enlazar con asa de 20mm traccionando hacia área intraluminal antes de realizar último corte con asa caliente, para prevenir migración de tejido a cavidad peritoneal ya que se trataba



Figuras 2. A) Lesión hipoeocogénica en capa ecográfica 4. B) PAAF con aguja 19G.

de una resección transmural. Se consiguió la remoción completa de la lesión que al retirarla con la Net de roth (Steris, E.E.U.U), se fragmentó. Se cerró completamente la apertura del túnel con 9 endoclips (Resolution 360, Boston Scientific, E.E.U.U.), de distal a proximal (Figura 3). La paciente

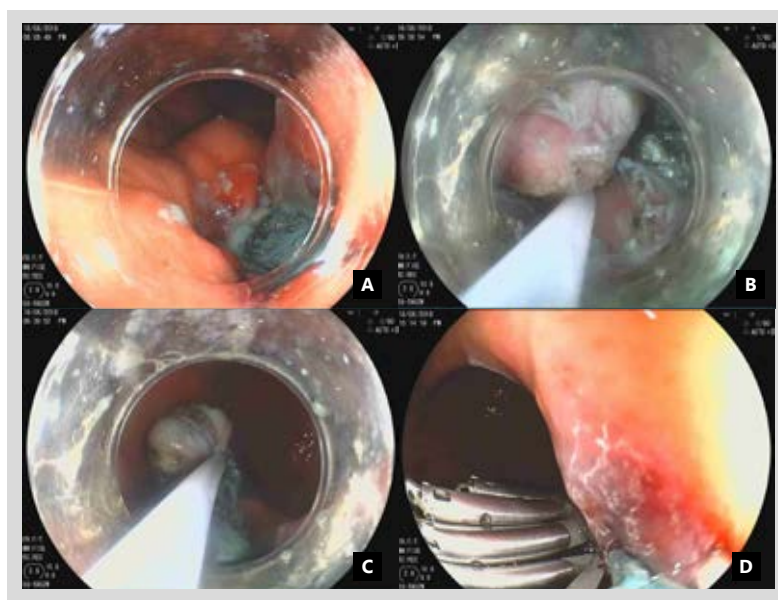
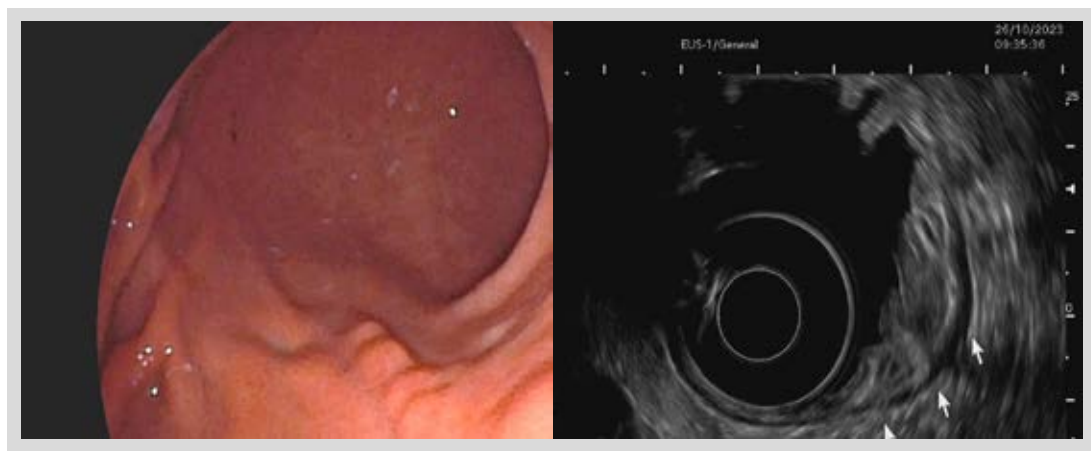


Figura 3. Resección endoscópica mediante tunelización submucosa. A) A 2 cm proximales a lesión subepitelial se realiza la apertura del túnel submucoso. B) Se liberan bordes de la lesión. C) Se realiza corte con asa caliente. D) Cierre de túnel con clips.



Figuras 4. Cicatriz posterior a resección endoscópica, sin signos ultrasonográficos de recidiva. Seguimiento a 5 años.

fue dada de alta a las 48 horas, sin molestias. El resultado histológico fue de un tumor estromal gastrointestinal (GIST), con mitosis de 1-2 x 50 HPF, grado histológico G1 (bajo grado), patrón fusocelular y bordes quirúrgicos en contacto con plano de clivaje. Tres meses posteriores a la resección se realiza seguimiento endoscópico evidenciando lesión cicatricial sésil polipoide con pliegues eritematosos y congestivos que al estudio ultrasonográfico corresponde a un leve engrosamiento de la capa mucosa y muscular, sin identificar lesiones residuales. El seguimiento a los 6 meses evidencia cicatriz residual. Finalmente, el seguimiento 5 años posteriores a la resección no identifica signos de recidiva (Figura 4).

Consideraciones éticas

Se solicitó consentimiento al paciente para la publicación.

DISCUSIÓN

El manejo de un tumor de GIST gástrico <2 cm es controversial ya que la incidencia de metástasis es del 0%, sin embargo, en estos casos se puede optar por la resección en pacientes jóvenes, en aquellos que no deseen realizar un seguimiento ultrasonográfico a largo plazo o en los que se encuentren signos ultrasonográficos sugestivos de degeneración maligna. Si se opta por el seguimiento mediante USE, en GIST <1 cm se le realizará cada 2 a 3 años, siempre y cuando no tengan características de alto riesgo (bordes irregulares, espacios quísticos, ulceración, focos ecogénicos o heterogeneidad). En GIST de 1 a 2 cm se realizará seguimiento cada 1 a 2 años. Por el contrario, GIST >2 cm deben resecarse, siendo el gold standard de manejo la resección laparoscópica en cuña y como alternativa la resección endoscópica^(1,4,5). En el caso de nuestra paciente se decidió la resección endoscópica ya que no deseaba ser sometida a seguimiento endoscópico continuo por

antecedentes familiares de GIST de evolución tórpida. Así mismo se decidió hacer seguimiento cercano a los 3 y 6 meses por petición de paciente debido a sus antecedentes familiares.

Dentro de las técnicas endoscópicas principales tenemos a la resección submucosa endoscópica tunelizada (RSET) y la resección endoscópica de espesor total (REET). La resección submucosa endoscópica tunelizada consiste en realizar una incisión en la mucosa a cierta distancia de la lesión subepitelial y se crea un túnel submucoso que se utiliza para acceder a la lesión, que luego se enuclea y se extirpa a través del túnel, finalmente se realiza el cierre del sitio de entrada del túnel utilizando clips o suturas endoscópicas. La resección endoscópica de espesor total puede ser de dos tipos, expuesta y no expuesta. En la expuesta, primero se realiza la resección de espesor total, produciendo una exposición temporal de la cavidad peritoneal a la luz intestinal, con el cierre posterior del defecto. En la no expuesta, el segmento de la pared intestinal que contiene la lesión se invagina hacia la luz para permitir una aposición segura de serosa a serosa, logrando el cierre antes de la resección de espesor total de la lesión⁽⁶⁾.

En estudio retrospectivo en un hospital de China entre los años 2011 y 2016 con un total de 52 pacientes, se compararon ambas técnicas, RSET versus REET. Se encontró que no hubo diferencias en la tasa de resección en bloque, tiempo de operación, complicaciones, estancia hospitalaria y costo, sin embargo, los pacientes que recibieron REET tuvieron un mayor tiempo de sutura y se necesitaron más clips para cerrar el defecto de la pared gástrica. No se generó recurrencia en ninguno de los dos grupos durante el seguimiento⁽⁷⁾.

En otro estudio de cohortes retrospectivo entre los años 2013 y 2019 con un total de 46 pacientes, se comparó la resección endoscópica usando la técnica RSET versus REET en GIST gástricos <4 cm. Se encontró que no hubo

diferencias en el tiempo operatorio ni en eventos adversos, sin embargo, hubo una reanudación más temprana de la dieta y una estancia hospitalaria más corta en el grupo de RSET. Además, se encontró que la tasa de resección en bloque para REET fue significativamente mayor que para RSET (100 % frente a 80 %), a pesar de eso, no hubo diferencias en la recurrencia local ⁽⁸⁾.

Tener en cuenta que cada técnica es muy buena, pero puede presentar algunas limitaciones por lo cual es importante saber escoger la más adecuada según cada caso. En el caso de la REET expuesta, la fuga de CO₂ puede limitar la insuflación y la visualización endoscópica, y la fuga de contenido gastrointestinal puede promover inflamación o infección. En la REET no expuesta se requieren dispositivos especiales que pueden no estar disponibles, puede haber limitaciones en el tamaño y la ubicación anatómica de las lesiones y en la maniobrabilidad limitada de los dispositivos actuales. Finalmente, el RSET presenta limitaciones en relación al tamaño de las lesiones y a su localización, siendo factible la resección en <4 cm y abordadas más fácilmente las lesiones en cardias, curvatura menor del cuerpo y la curvatura mayor del antro gástrico. Las lesiones >4 cm siguen siendo un desafío con cualquier abordaje endoscópico por lo que se sugiere manejo quirúrgico ⁽⁶⁾.

En conclusión, los tumores GIST gástricos <20 mm pueden ser susceptibles a seguimiento endoscópico por su riesgo mínimo de metástasis, sin embargo, guías actuales propugnan la resección endoscópica como un manejo alternativo ya que se ha visto que la adherencia al seguimiento endoscópico a largo plazo es subóptima, además se ofrecerá un manejo definitivo y seguro al paciente y reducirá costos en seguimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Deprez PH, Moons LMG, O'Toole D, Gincul R, Seicean A, Pimentel-Nunes P, *et al.* Endoscopic management of subepithelial lesions including neuroendocrine neoplasms: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy*. 2022;54(4):412-429. doi: 10.1055/a-1751-5742.
2. Akahoshi K, Oya M, Koga T, Shiratsuchi Y. Current clinical management of gastrointestinal stromal tumor. *World J Gastroenterol*. 2018;24(26):2806-2817. doi: 10.3748/wjg.v24.i26.2806.
3. Rajavelu RK, Ginsberg GG. Management of gastric GI stromal tumors: getting the GIST of it. *Gastrointest Endosc*. 2020;91(4):823-825. doi: 10.1016/j.gie.2019.11.036.
4. Jacobson BC, Bhatt A, Greer KB, Lee LS, Park WG, Sauer BG, *et al.* ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Gastrointestinal Subepithelial Lesions. *Am J Gastroenterol*. 2023;118(1):46-58. doi: 10.14309/ajg.0000000000002100.
5. Sharzei K, Sethi A, Savides T. AGA Clinical Practice Update on Management of Subepithelial Lesions Encountered During Routine Endoscopy: Expert Review. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2022;20(11):2435-2443.e4. doi: 10.1016/j.cgh.2022.05.054.
6. ASGE Technology Committee; Aslanian HR, Sethi A, Bhutani MS, Goodman AJ, Krishnan K, *et al.* ASGE guideline for endoscopic full-thickness resection and submucosal tunnel endoscopic resection. *VideoGIE*. 2019;4(8):343-350. doi: 10.1016/j.vgie.2019.03.010.
7. Tan Y, Tang X, Guo T, Peng D, Tang Y, Duan T, *et al.* Comparison between submucosal tunneling endoscopic resection and endoscopic full-thickness resection for gastric stromal tumors originating from the muscularis propria layer. *Surg Endosc*. 2017;31(8):3376-3382. doi: 10.1007/s00464-016-5350-7.
8. Chiu PWY, Yip HC, Chan SM, Ng SKK, Teoh AYB, Ng EKW. Endoscopic full-thickness resection (EFTR) compared to submucosal tunnel endoscopic resection (STER) for treatment of gastric gastrointestinal stromal tumors. *Endosc Int Open*. 2023;11(2):E179-E186. doi: 10.1055/a-1972-3409.