



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**“TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL MALIGNO
EPITELIOIDE. REPORTE DE CASO”**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: GABRIELA ISABEL IDROVO MEDINA

DIRECTOR: DRA. PAOLA VERÓNICA ORELLANA BERNAL

CUENCA - ECUADOR

2025

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**“TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL MALIGNO
EPITELIOIDE. REPORTE DE CASO”**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: GABRIELA ISABEL IDROVO MEDINA

DIRECTOR: DRA. PAOLA VERÓNICA ORELLANA BERNAL

CUENCA - ECUADOR

2025

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

Gabriela Isabel Idrovo Medina portador(a) de la cédula de ciudadanía N° 0105279277. Declaro ser el autor de la obra: “Tumor del estroma gastrointestinal maligno epitelioides. Reporte de caso”, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 31 de enero de 2025.

F: 

Gabriela Isabel Idrovo Medina
C.I. 0105279277

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado "**Tumor del estroma gastrointestinal maligno epitelioide. Reporte de caso**" realizado por **Gabriela Isabel Idrovo Medina** con documento de identidad No. **0105279277**, previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, 31 de enero de 2025.

F:  **Dra. Paola Orellana B**
Especialista en Gastroenterología
CI: 0104166814

Dra. Paola Verónica Orellana Bernal
DIRECTOR/TUTOR

DEDICATORIA

A mis padres Fabián y Patricia, nunca existirán palabras suficientes para expresar la profundidad de mi agradecimiento por todo lo que han hecho por mí a lo largo de la carrera y de la vida. Su incansable sacrificio, amor incondicional y eterna paciencia han sido el fundamento de mi vida; cada dulce gesto de mi Mami, cada palabra de aliento de mi Papi, han sido la razón por la que no me he permitido rendirme, y una luz que me ha guiado en mis momentos de duda. Su dedicación me ha inspirado a ser mejor cada día, y por ello les estaré eternamente agradecida. La persona que soy, la soy gracias a ustedes y cada día de mi vida les agradezco.

A mi querido ñaño Mateo, gracias por ser mi compañero inquebrantable, esa presencia que nunca falta. Gracias por de alguna manera soportar mi insoportable malgenio y mal carácter, y a pesar de todo siempre estar para mí. Ser tu hermana es un regalo invaluable en mi vida.

A mi hermana Pamela, mi mejor amiga, mi persona favorita y confidente, gracias por ser la que más fuerte aplaude mis logros y la que más rápido seca mis lágrimas. Gracias por enseñarme a ser una mujer fuerte, y por sostener las piezas de mi corazón cuando parecía que no tenía reparo. No estaría donde estoy sin ti.

A mi querido tío Vinicio, quien desde chiquita ha sido mi inspiración y ejemplo, tus consejos y apoyo a la distancia han sido fundamentales en este camino. Gracias por demostrarme que se puede llegar a ser grande con esfuerzo y sacrificio.

A mi Nicky y mi Paulina, gracias por haber sido mis fieles compañeras, amigas, colegas y hermanas, gracias por ser lo mejor que me llevo de la universidad. Sin ustedes no lo hubiera logrado, gracias por compartir mis logros y derrotas, y por su amistad tan sincera.

A mi mejor amiga Gabriela, gracias por pisar en la incertidumbre para que luego yo pueda pisar con confianza. La suerte de ser tu amiga desde niñas, y tu colega por el resto de la vida es algo que no tiene precio.

A mis abuelos, tías y primas, a mis primitos, a mis amigas y amigos que me acompañaron en el camino, sacándome sonrisas y secando mis lágrimas, gracias por todo siempre.

Cada uno de ustedes ocupa un lugar especial en mi corazón. Gracias por cada palabra de aliento cuando me sentía mal, por escuchar mis anécdotas y compartir risas, por cada sonrisa, por cada oración antes de un examen, por cada abrazo. Gracias con todo mi ser.

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a la Universidad Católica de Cuenca por brindarme la oportunidad de ser parte de esta institución y por el apoyo constante a lo largo de mi formación académica.

Agradezco profundamente a cada uno de mis docentes por su dedicación, paciencia y esfuerzo en compartir sus conocimientos, los cuales han sido fundamentales para mi desarrollo profesional.

En especial, extendiendo mi gratitud a la Dra. Paola Orellana, cuya guía y ayuda han sido invaluable en el proceso de redacción de este trabajo.

RESUMEN

Los tumores del estroma gastrointestinal son neoplasias poco comunes que surgen de las células intersticiales de Cajal en el sistema digestivo; representan entre el 0,1 y el 3 % de los cánceres gastrointestinales. Se clasifican en subtipos fusiformes, epitelioides y mixtos y pueden manifestarse sin síntomas en las primeras etapas de la enfermedad. Es esencial en el campo de la literatura científica registrar incidencias de GIST epitelioides, ya que constituyen el segundo subtipo más infrecuente y plantean un desafío en su diagnóstico debido a la ausencia de la mutación genética característica presente en los tumores del estroma gastrointestinal. El siguiente caso se trata de un paciente masculino de 56 años que acudió al servicio de emergencia por presentación de síntomas indicativos de hemorragia digestiva alta. Después de varios exámenes diagnósticos se confirma la existencia de un tumor del estroma gastrointestinal; por lo que se realiza exéresis quirúrgica y posteriormente tratamiento adyuvante con Imatinib. A través del análisis sobre tumores del estroma gastrointestinal se busca que los lectores comprendan la rareza y potencial agresividad que presentan estos tumores en el tracto digestivo. Es crucial realizar un diagnóstico preciso y oportuno mediante exámenes físicos detallados y pruebas específicas como biopsias para distinguirlos de otros tipos tumorales parecidos. Asimismo se subraya la importancia de un enfoque terapéutico integral y adaptado a cada paciente que contemple cirugía y la administración de Imatinib mesilato en situaciones donde el riesgo es significativo.

Palabras Clave: Abdomen, Carcinoma, Inmunohistoquímica, Reporte de caso, Tumores del Estroma Gastrointestinal.

ABSTRACT

Gastrointestinal stromal tumors (GISTs) are uncommon neoplasms arising from the Interstitial cells of Cajal in the digestive system; accounting for 0.1% to 3% of gastrointestinal cancers. They are classified into spindle cell, epithelioid, and mixed subtypes and may present asymptotically in the early stages of the disease. It is essential in scientific literature to document cases of epithelioid GISTs, as they constitute the second least common subtype and pose diagnostic challenges due to the absence of the characteristic genetic mutation found in gastrointestinal stromal tumors. The following case involves a 56-year-old male patient who presented to the emergency department with symptoms indicative of upper gastrointestinal bleeding. After several diagnostic tests, a gastrointestinal stromal tumor was confirmed. Therefore, surgical excision was performed, followed by adjuvant treatment with Imatinib. The analysis of gastrointestinal stromal tumors aims to help readers understand the rarity and potential aggressiveness of these tumors in the digestive tract. Accurate and timely diagnosis through detailed physical examinations and specific tests such as biopsies is crucial to distinguish these tumors from other similar types. Additionally, the importance of a comprehensive and personalized therapeutic approach for each patient is emphasized, including surgery and the administration of imatinib mesylate in high-risk situations.

Keywords: Abdomen, Carcinoma, Immunohistochemistry, Case Report, Gastrointestinal Stromal Tumors.

ÍNDICE

RESUMEN.....	8
ABSTRACT.....	9
INTRODUCCIÓN.....	11
OBJETIVOS.....	13
Objetivo General.....	13
Objetivos Específicos.....	13
REPORTE DEL CASO.....	14
Información del paciente.....	14
Hallazgos clínicos.....	14
Línea de tiempo.....	14
Evaluación diagnóstica.....	15
Intervención terapéutica.....	16
Seguimiento y resultados.....	17
DISCUSIÓN.....	18
PERSPECTIVA DEL PACIENTE.....	24
CONCLUSIONES.....	25
CONFLICTO DE INTERESES.....	26
BIBLIOGRAFÍA.....	27
ANEXOS.....	33

INTRODUCCIÓN

Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son una forma poco común de cáncer que se origina en las células intersticiales de Cajal en el plexo mesentéricos del tracto gastrointestinal (1). Constituyen menos del 1 % de los cánceres gastrointestinales y el 5 % de los sarcomas (2). Se dividen en variedades fusiformes, epitelioides y mixtos, siendo el tipo epitelioides el segundo menos común con aproximadamente el 20 % de los casos (3).

La incidencia mundial se sitúa entre 10 y 15 casos por cada millón de personas (4), siendo de 6.78 casos por millón en Estados Unidos (5) y de 2 casos por millón en Cuba (6). La prevalencia en Ecuador no está registrada debido a la falta de datos estadísticos; no obstante en Quito en el año 2016 representó el 5.9 % de los casos de neoplasias gástricas (7).

Un obstáculo significativo para el tratamiento oportuno de esta enfermedad radica en su detección tardía, pues al ser un tumor blando que no impide el tránsito intestinal, no presenta sintomatología en sus primeras etapas (8). La sintomatología dependerá de su localización, presentándose con dolor abdominal, anemia, dispepsia, y signos de hemorragia digestiva (9). Debido a la localización submucosa del tumor y su escasa vascularización, la hemorragia en el tracto digestivo surge debido al desarrollo de úlceras en la mucosa y la ruptura de los vasos sanguíneos (10). Si el tumor se rompe, puede desencadenar una hemorragia intensa o perforación que necesitará intervención quirúrgica de inmediato (11).

En lo que respecta a su diagnóstico, el uso del procedimiento conocido como ecoendoscopia se vuelve crucial. Esta técnica permite visualizar directamente el tejido afectado y también facilitar la extracción de muestras para biopsias (12). Es importante tener en cuenta que los tumores estromales gastrointestinales (GIST) presentan características morfológicas similares a otros tipos de tumores como melanomas y carcinomas neuroendocrinos (13). Por lo tanto, se requiere un análisis minucioso para lograr un diagnóstico preciso en estos casos complejos. Ante esta

situación desafiante, la inmunohistoquímica se convierte en una herramienta indispensable para distinguir los GIST de otras neoplasias (14).

La cirugía es la terapia convencional para los GIST no metastásicos. La extirpación completa con márgenes negativos es la mejor alternativa sin requerir una linfadenectomía (15). Para los casos de GIST metastásicos o malignos se recomienda el tratamiento adyuvante con Imatinib mesilato; lo mismo aplica si persisten márgenes positivos después de la cirugía (16).

El pronóstico de los tumores del estroma gastrointestinal varía según diversos factores como el tipo de tumor y su etapa de desarrollo. Según estudios, se ha observado que el subtipo histológico fusiforme suele tener un mejor pronóstico en comparación a aquellos que presentan componentes epitelioides (17). Estas neoplasias tienden a mostrar características histológicas desfavorables asociadas a mayor cantidad de células en división activa y un índice Ki67 elevado. Cuando este es superior al 10%, puede indicar una alta actividad proliferativa y se asocia con un mayor riesgo de malignidad (18).

Este estudio es trascendente ya que los GIST epitelioides, al ser neoplasias raras y agresivas, representan un desafío médico debido a su presentación tardía, diagnóstico complejo y manejo exigente, especialmente en casos de hemorragia digestiva, donde existe ulceración y necrosis de la mucosa. En este reporte de caso se describe un tumor del estroma gastrointestinal maligno de tipo epitelioides, resaltando cómo el detallado análisis del caso puede contribuir a una mejor comprensión de esta enfermedad. Además, se destaca la importancia de un diagnóstico preciso y un manejo adecuado para optimizar el abordaje terapéutico y mejorar la calidad de vida de los pacientes que enfrentan esta desafiante neoplasia.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Presentar un caso clínico de Tumor del Estroma Gastrointestinal maligno Epitelioide.

Objetivos Específicos

- Analizar las manifestaciones clínicas y el manejo diagnóstico de un paciente con tumor del estroma gastrointestinal de tipo epitelioide.
- Describir el manejo terapéutico del tumor del estroma gastrointestinal de tipo epitelioide, desde su presentación inicial con sangrado gastrointestinal hasta su tratamiento quirúrgico y farmacológico.
- Establecer la relevancia del tratamiento adyuvante con Imatinib en pacientes con GIST de riesgo intermedio para la prevención de recidivas y mejora del pronóstico a largo plazo.

REPORTE DEL CASO

Información del paciente

Paciente masculino de 56 años con antecedentes de hipertensión arterial tratado con Enalapril 10mg cada día desde hace 10 años, acude a emergencia por hipotensión y síncope, además de presencia de cuatro melenas en las últimas 24 horas.

Hallazgos clínicos

Presenta una frecuencia cardiaca de 112 latidos por minuto y una presión arterial de 90/60mmHg. Al examen físico no presenta ninguna alteración, en el tacto rectal no se evidencia sangrado.

Línea de tiempo

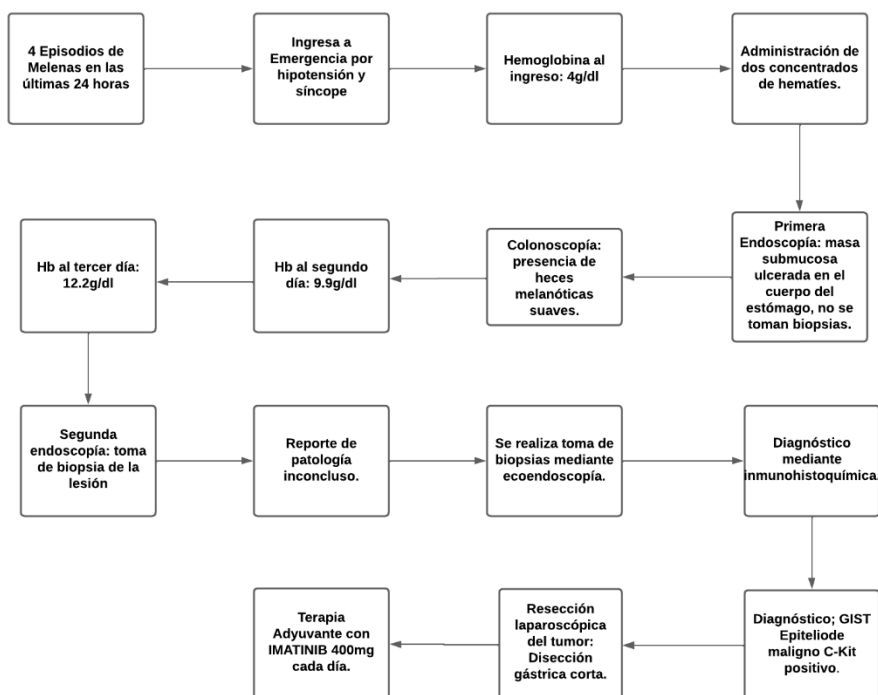


Figura 1. Línea de tiempo del caso. Fuente: Historia Clínica del paciente.

Evaluación diagnóstica

Los resultados de laboratorio revelan una Hemoglobina de 4g/dl (Anexo 1) y sangre oculta en heces positiva por lo que se deriva al paciente al servicio de gastroenterología, posterior a la administración de dos concentrados de glóbulos rojos, cuando el paciente se encuentra hemodinámicamente estable.

Se le realiza una endoscopia donde se revela una masa submucosa de aproximadamente 3.5cm (Figura 2) con una ulceración en la pared lateral del cuerpo del estómago con presencia de sangrado activo por lo que se decide realizar tratamiento endoscópico hemostático y no biopsiar. Así mismo, se realiza una colonoscopia donde se evidencia presencia de heces melanóticas suaves



Figura 2. Masa submucosa en pared del cuerpo del estómago. Fuente: Historia clínica del paciente.

El paciente permanece hospitalizado por tres días hasta alcanzar mayores niveles de hemoglobina (9.9 g/dl al segundo día, 12.2 al tercer día) y posteriormente es derivado a cirugía general para nueva examinación (Anexo 4 y 5).

Con la sospecha de un Adenocarcinoma de estómago, se le realiza una segunda endoscopia al paciente para tomar una biopsia de la masa. La muestra es enviada a patología pero los resultados obtenidos son inconclusos, por lo que se decide realizar una Ecoendoscopia para tomar una nueva biopsia, esta vez de la capa submucosa (Figura 3). El reporte anatomopatológico revela un tumor del estroma gastrointestinal (GIST) de tipo epitelioides, caracterizado por células poligonales con citoplasma abundante y bien delimitado, que se organizan en nidos con un estroma fibroso interpuesto. La inmunohistoquímica muestra positividad para c-kit (CD117), confirmando el diagnóstico de GIST. Se observa atipia nuclear variable y un número moderado de mitosis, sin áreas significativas de necrosis, siendo los hallazgos consistentes con un GIST de tipo epitelioides c-kit positivo de riesgo intermedio.



Figura 3. Toma de muestra para biopsia del tumor. Fuente: Historia clínica del paciente.

Intervención terapéutica

Se realiza la exéresis completa del tumor a través de cirugía laparoscópica, mediante disección gástrica corta, evaluando si no existe mayor compromiso en el resto del estómago (Figura 4). La muestra se envía a patología donde se reafirma el diagnóstico de un GIST de 3.2cm C-kit positivo de riesgo intermedio, por lo cual se recomienda tratamiento oral con Imatinib, 400mg diarios por cinco años. El paciente permanece en el hospital por 24 horas con control de signos vitales cada 6 horas, y tras no presentar ninguna complicación, es dado de alta.

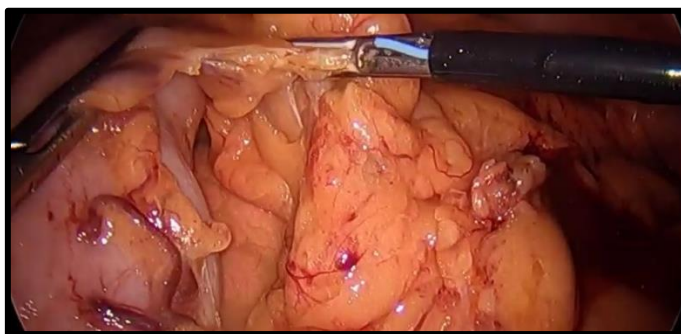


Figura 4. Disección gástrica corta. Fuente: Historia clínica del paciente.

Seguimiento y resultados

Una vez dado de alta, el paciente comienza un proceso de recuperación de 4 semanas antes de ser derivado al servicio de oncología. Cinco semanas después de la resección del tumor, comienza tratamiento con Imatinib, 400mg diarios, el cual debe mantenerse durante cinco años. Las consultas regulares con el equipo médico serán esenciales, incluyendo revisiones endoscópicas periódicas y estudios de imágenes para evaluar cualquier signo de recurrencia. Además, es importante monitorizar de cerca los niveles de hemoglobina y posibles efectos secundarios del tratamiento como alteración de la función hepática, renal y recuento sanguíneo. Hasta el momento, el paciente mostró una recuperación sin complicaciones, buena respuesta al tratamiento y pronóstico favorable.

DISCUSIÓN

El caso clínico descrito trata de un tumor del estroma gastrointestinal de tipo epitelioides, un tipo de neoplasia poco común y desafiante en su diagnóstico debido al carácter no específico de sus síntomas. Los GIST pueden manifestarse clínicamente mediante síntomas vagos e imprecisos como dolor abdominal, fatiga y pérdida de peso; lo cual puede ocasionar un retraso en su identificación (19). En el caso presentado, el paciente experimentó síntomas poco característicos que no llevaron inicialmente a la sospecha de un GIST; esto complicó la detección temprana de la enfermedad e ilustra la importancia de considerar los GIST como opciones diagnósticas diferenciales en pacientes que presentan síntomas abdominales atípicos de manera constante.

La literatura subraya que el diagnóstico y tratamiento de los GIST requiere un enfoque colaborativo que involucra a varios especialistas como cirujanos, patólogos, radiólogos y oncólogos (20). Esta coordinación interdisciplinaria es esencial para garantizar un diagnóstico rápido y un tratamiento adecuado adaptado a las necesidades individuales de cada paciente. La participación de múltiples especialistas facilita la gestión integral de la enfermedad y resulta fundamental para establecer una estrategia terapéutica efectiva (21).

Se destaca la importancia de este enfoque coordinado en la toma de decisiones sobre las cirugías necesarias, el uso de terapia adyuvante con Imatinib en casos de riesgo moderado o alto y la programación de seguimiento a largo plazo para reducir significativamente la probabilidad de recurrencia (22). Para la clasificación de riesgo del GIST se toma en cuenta criterios tanto clínicos como patológicos: el tamaño del tumor, el índice mitótico (número de mitosis por 50 campos de gran aumento), la localización anatómica del tumor, patrón morfológico y el índice de proliferación celular evaluado mediante el marcador inmunohistoquímico Ki-67 (23).

El tamaño y el índice mitótico son los factores más importantes. Un tumor grande (>5cm) presenta mayor riesgo que aquellos menores de 2cm. Así mismo, un mayor número de mitosis (>5/50 HPF) presenta una mayor probabilidad de recurrencia y agresividad a comparación de aquellos con <5/50HPF. En la inmunohistoquímica, un Ki-67 superior al 10% indica posibilidad de proliferación y mayor riesgo de malignidad (23).

Su ubicación también es de relevancia, pues son de peor pronóstico aquellos localizados en el intestino delgado o en el recto, a comparación de los del estómago como el presentado en el caso. Sin embargo, el componente epitelioide del mismo es el de mayor tendencia a comportarse de manera agresiva a comparación con los subtipos histológicos fusiforme o mixto (3).

Todos estos parámetros ayudan a clasificar a los pacientes en diferentes categorías de muy bajo, bajo, intermedio o alto riesgo, ayudando de esta manera a dar un buen pronóstico y a tomar las decisiones terapéuticas correctas, personalizadas para las necesidades específicas de cada paciente (23).

En el caso expuesto, el individuo evidenció síntomas de hemorragia digestiva y anemia severa, lo que justificó la necesidad de una transfusión de concentrados de hematíes y la estabilización de su estado hemodinámico antes de proceder a realizar exámenes diagnósticos. Según Carson et al. (24), se aconseja realizar transfusiones en pacientes cuyos niveles de hemoglobina estén por debajo de los 7 g/dl o 8 g/dl en casos específicos de sangrado agudo o inestabilidad hemodinámica.

La evaluación inicial del paciente involucró la realización de pruebas diagnósticas de endoscopía y colonoscopía, siguiendo las recomendaciones establecidas por la Sociedad Británica de Gastroenterología (25). Es esencial resaltar que en el caso de un paciente que muestra signos evidentes de sangrado gastrointestinal, no es necesario solicitar el examen de detección de sangre oculta en heces; método que fue solicitado en el caso. En la primera

endoscopía se aplicó tratamiento endoscópico hemostático y se decidió postergar la toma de biopsias hasta una segunda endoscopía siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO) (26), que indican que no se deben realizar biopsias cuando hay signos evidentes de sangrado activo.

La ecoendoscopía o ultrasonografía endoscópica (EUS) es un método de diagnóstico que combina la endoscopía y el ultrasonido de alta frecuencia para obtener imágenes detalladas de las capas de la pared gastrointestinal. Durante el procedimiento se introduce un endoscopio equipado con un transductor de ultrasonido a lo largo del tubo digestivo para obtener imágenes detalladas de las capas profundas de la pared gastrointestinal y facilitar la obtención de biopsias mediante aguja fina guiada por ultrasonido. Extraer muestras de tejido de estas capas de manera precisa es crucial para la evaluación precisa de tumores submucosos como los GIST (27).

Una observación importante a realizar es que en el caso presentado la primera toma de biopsias fue realizada mediante endoscopía convencional debido a la sospecha de Adenocarcinoma gástrico, una neoplasia que puede invadir las tres capas del estómago. Sin embargo al obtener resultados no concluyentes se optó por realizar una ecoendoscopía para una nueva toma de muestras. Este último proceso de diagnóstico coincide con la investigación realizada por Rivas (28) y las directrices actuales del American College of Gastroenterology (29) que indican que debido a que los GIST son lesiones submucosas profundas en el tracto gastrointestinal; las biopsias endoscópicas convencionales no son suficientes para obtener muestras de tejido adecuadas.

La ecoendoscopía resulta muy útil para diagnosticar los GIST debido a la localización submucosa de estos tumores; zona inaccesible para las biopsias tomadas por endoscopía convencional que solo puede obtener muestras superficiales de la mucosa. Gracias a la precisión visual proporcionada por el ultrasonido de EUS, es posible identificar la ubicación precisa y la

extensión del tumor, facilitando así la obtención de tejido adecuado para un diagnóstico definitivo y preciso (30).

En el presente caso se realizó un análisis inmunohistoquímico de la muestra que confirmó la existencia de un GIST; este método diagnóstico sigue las directrices establecidas por la Sociedad Española de Oncología y el Grupo Español de Investigación en Sarcomas (31). Estas pautas recomiendan la utilización de inmunohistoquímica como parte fundamental del diagnóstico del GIST. Asimismo se destaca que la evaluación del recuento mitótico y las características morfológicas del tumor son aspectos cruciales para determinar tanto el pronóstico como el plan de tratamiento a seguir.

En el caso presentado, se consideró la positividad para c-kit en la inmunohistoquímica, la morfología variable de las células tumorales que presentaron atipia nuclear, su componente epitelioide y el número moderado de necrosis para confirmar el diagnóstico del paciente y establecerlo como un GIST de riesgo intermedio, ajustándose a las recomendaciones diagnósticas de diferentes guías internacionales (31).

Los tumores GIST epitelioides suelen detectarse en etapas avanzadas debido a su presentación poco específica y características inhabituales. En el caso mencionado anteriormente, la aparición de síntomas en una etapa tardía, junto a un cuadro clínico de hemorragia digestiva grave, complicaron el diagnóstico y tratamiento temprano de la enfermedad. Incluso en medio de los avances tecnológicos actuales, el diagnóstico tardío de los tumores del estroma gastrointestinal sigue siendo un desafío que resalta la importancia de mejorar las herramientas de diagnóstico y adoptar un enfoque preventivo para pacientes en grupos de riesgo o que presenten síntomas sugestivos (32).

El manejo quirúrgico del paciente en cuestión siguió las pautas establecidas en diversas directrices internacionales. De acuerdo a los hallazgos presentados por Maria (33), la cirugía

laparoscópica es considerada como la mejor opción para tratar tumores que miden menos de 5 cm debido a su menor impacto en la estructura gástrica y su reducida morbilidad postoperatoria. En esta ocasión se decidió emplear esta técnica poco invasiva para extirpar el tumor siguiendo las recomendaciones encontradas en la literatura especializada.

En relación al tratamiento farmacológico, el Imatinib, un inhibidor de la tirosina quinasa ha demostrado ser fundamental en el manejo de los GIST de riesgo intermedio a alto. La terapia adyuvante con Imatinib, al ser administrada durante tres años, reduce significativamente el riesgo de recurrencia de la enfermedad, según Carrasco et al. (34). Según las pautas de la ESMO (26) y el National Comprehensive Cancer Network (31), el tiempo de espera para comenzar el tratamiento adyuvante después de la cirugía debe ser entre 4 y 12 semanas. En este caso el paciente fue derivado al departamento de oncología 4 semanas después de la cirugía y se esperaron un total de 5 semanas antes de iniciar el tratamiento adyuvante con Imatinib.

En algunos pacientes que presentan tumores de alto riesgo se podría considerar extender la duración del tratamiento hasta cinco años después de evaluar los factores de riesgo pertinentes. De acuerdo al estudio realizado por DeMatteo et al (35), se observó que los pacientes que siguieron el tratamiento durante cinco años experimentaron una mejora significativa en su supervivencia sin recaídas. Estos hallazgos indican que prolongar el tratamiento podría resultar beneficioso en pacientes cuyo riesgo de recurrencia es alto. En la situación descrita se analizó el nivel de riesgo del paciente y se recomendó un tratamiento complementario por un lapso de cinco años en base a la evidencia respaldada por los estudios referidos.

A lo largo del caso se evidencia la importancia de un enfoque completo en el cuidado de los pacientes afectados por GIST; desde el diagnóstico preciso hasta el tratamiento adecuado y el seguimiento a largo plazo. Gracias al respaldo de técnicas diagnósticas como la ecoendoscopia y la biopsia junto a pruebas de laboratorio específicas como la immuno-histoquímica; resulta

factible identificar de manera segura los casos de GIST permitiendo así planificar y llevar a cabo un tratamiento eficiente.

La extirpación quirúrgica del tumor y el uso de terapia complementaria han mostrado mejorar el pronóstico de los pacientes; por lo tanto se confirma la importancia de un enfoque colaborativo entre diversos especialistas para garantizar los mejores resultados alcanzables. Bajo estas circunstancias se concluye que el pronóstico de los pacientes diagnosticados con GIST puede ser bastante favorable; sobre todo cuando las intervenciones realizadas están respaldadas por evidencia científica relevante.

Sin embargo, el caso presentado también resalta los obstáculos y retos que implica manejar los GIST. Los síntomas vagos y de presentación tardía pueden retrasar el inicio del tratamiento en ciertos casos y comprometer el pronóstico del paciente. La presentación poco específica del tumor en este caso en particular resultó ser una de las dificultades más significativas ya que condujo inicialmente a la realización de biopsias mediante endoscopia convencional. Sin embargo, debido a la ubicación submucosa del tumor, se requirió tomar una segunda biopsia a través de ecoendoscopia para obtener una muestra apropiada. Esto muestra la complejidad inherente al diagnóstico de estos tumores, lo que puede contribuir al considerable retraso en un diagnóstico preciso.

Así mismo, a pesar de que se ha demostrado la efectividad de la terapia adyuvante utilizando Imatinib para reducir el riesgo de recurrencia en ciertos pacientes; aún persisten dudas acerca de cuál sería la duración más adecuada del tratamiento y cómo personalizarlo según las necesidades específicas de cada paciente.

El impacto de este caso clínico radica en evidenciar la complejidad al diagnosticar los tumores del estroma gastrointestinal; enfermedades que suelen resultar complicadas de detectar en sus fases iniciales debido a su presentación vagamente definida. En esta situación específica se

pretende que los resultados obtenidos a partir del análisis del caso contribuyan al cuerpo científico existente para que en el futuro los GIST sean considerados como diagnósticos probables desde la llegada del paciente. Esto facilitaría la implementación oportuna de pruebas diagnósticas adecuadas y reduciría el uso innecesario de otros métodos médicos que podrían causar demoras perjudiciales para la calidad de vida y pronóstico del paciente.

PERSPECTIVA DEL PACIENTE

“Me encuentro muy feliz por la atención que he recibido desde mi llegada. El personal médico ha sido excelente en su trato y me ha proporcionado explicaciones claras. Me siento muy agradecido por la profesionalidad y el cariño de todos.”

CONCLUSIONES

Objetivo específico 1: Analizar las manifestaciones clínicas y el manejo diagnóstico de un paciente con tumor del estroma gastrointestinal de tipo epitelioide.

1. Una vez que se han examinado los signos clínicos y el proceso de diagnóstico de un paciente diagnosticado de GIST epitelioide, se hace evidente la compleja naturaleza de esta enfermedad. La presentación clínica en pacientes afectados por este tipo de tumor es complicada debido a que los síntomas son vagos y poco específicos; esto puede provocar retrasos en el diagnóstico al confundirse los síntomas propios del GIST epitelioide y aquellos de otras enfermedades digestivas. Estos hechos resaltan la importancia crucial de un enfoque integral que abarque evaluaciones clínicas detalladas así como pruebas de imagen y análisis histopatológicos. Gracias al caso se descubrió la utilidad de la ecoendoscopia como una herramienta de diagnóstico fundamental que facilitó la obtención de muestras submucosas apropiadas para un diagnóstico preciso del GIST.

Objetivo específico 2: Analizar el manejo terapéutico de un paciente con tumor del estroma gastrointestinal de tipo epitelioide.

2. En el caso del paciente mencionado se propuso un tratamiento que abarcaba desde el control inicial del sangrado gastrointestinal hasta la intervención quirúrgica laparoscópica para extirpar el tumor. Fue fundamental estabilizar al paciente y corregir la anemia antes de proceder a realizar las biopsias y posteriormente llevar a cabo la resección laparoscópica. La elección del enfoque quirúrgico resultó ser acertada y se consiguió eliminar por completo el tumor sin evidencia de afectación adicional en el estómago. Este tratamiento conjunto resalta la importancia de una aproximación terapéutica integral y colaborativa que se ocupe tanto de los síntomas agudos de la enfermedad como de la eliminación posterior del tumor.

Objetivo específico 3: Establecer la relevancia del tratamiento adyuvante con Imatinib en pacientes con GIST de riesgo intermedio para la prevención de recidivas y mejora del pronóstico a largo plazo.

3. En pacientes que tienen un GIST de riesgo intermedio como en este caso particular, es crucial el uso de Imatinib por vía oral como parte del tratamiento adyuvante para mejorar el pronóstico a largo plazo y reducir las probabilidades de recurrencia de la enfermedad. El Imatinib, al ser un inhibidor de la tirosina quinasa, ha mostrado su eficacia en GIST que son positivos para c-kit. En el paciente mencionado se sugirió un tratamiento de cinco años de duración debido a que se ha demostrado que prolongar el tratamiento aumenta su eficacia para prevenir recaídas en el futuro. La combinación de cirugía y tratamiento farmacológico en la gestión terapéutica proporcionaría una solución completa para mejorar tanto la supervivencia como la calidad de vida del paciente.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carbajal L, Vela M. Importancia del estudio del tumor del estroma gastrointestinal en Perú. Rev. gastroenterol. Perú. [Internet]. 2022 [citado 29 de mayo de 2024]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.47892/rgp.2022.423.1357>
2. Toro J, Madrid J. Tumores del estroma gastrointestinal (GIST): papel del cirujano en la era de la medicina molecular. Iatreia. [Internet]. 2010 [citado 29 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/view/8456/7771>
3. Xu D, Lin X, Qiu X. The epithelioid gastrointestinal stromal tumor with pulmonary metastasis: A rare case report and literature review. Medicine (Baltimore) [Internet]. 2020 [citado 29 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000019346>
4. IJzerman N, Drabbe C, den Hollander D, et al. Gastrointestinal Stromal Tumours (GIST) in Young Adult (18-40 Years) Patients: A Report from the Dutch GIST Registry. Cancers (Basel). [Internet]. 2020 [citado 29 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/cancers12030730>
5. Instituto Nacional del Cáncer. Tratamiento de los tumores de estroma gastrointestinal (PDQ). [Internet]. 2023 [citado 29 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/sarcoma-de-tejido-blando/pro/tratamiento-tegi-pdq>
6. Vargas C, Cardona A, Carranza H, et al. Tumores del estroma gastrointestinal (GIST): experiencia en dos instituciones hospitalarias de Bogotá D.C., Colombia (estudio del ONCOLGroup). Rev Col Gastroenterol. [Internet]. 2008 [citado 29 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cancerologia-361-articulo-tumores-estromales-gastrointestinales-gist-el-S0123901512700501>
7. Andrade C, Rodríguez E, Novillo E. Análisis epidemiológico del cáncer gástrico en el Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín en el período enero-diciembre del

- año 2016. Rev Med CAMbios. [Internet]. 2018 [citado 29 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.36015/cambios.v17.n1.2018.4>
8. Nishida T, Holmebakk T, Chandrajit P. Defining Tumor Rupture in Gastrointestinal Stromal Tumor. Annals of Surgical Oncology. [Internet]. 2019 [citado 29 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1245/s10434-019-07297-9>
 9. Zavala R. Sangrado de tubo digestivo medio secundario a tumor del estroma gastrointestinal. Cir. Gen. [Internet]. 2021 [citado 29 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.35366/103915>
 10. Navarro F, Pérez E, Carzolio H, Aguilar J, Hernández I, García J. Hemorragia de tubo digestivo secundaria a tumor del estroma gastrointestinal localizado en yeyuno. Reporte de un caso. Gaceta Mexicana de Oncología. [Internet]. 2016 [citado 29 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-hemorragia-tubo-digestivo-secundaria-tumor-S1665920116300918>
 11. Soriano J, Lima M, Soriano J, et al. Tumores del estroma gastrointestinal. An. Fac. Med. [Internet]. 2019 [citado 29 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://10.15381/anales.802.16418>
 12. Vallejo T, Albán L. Tumor del estroma gastrointestinal de yeyuno. Indexia. [Internet]. 2023 [citado 29 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://revistaindexia.com/2023/08/31/tumor-del-estroma-gastrointestinal-de-yeyuno/>
 13. Babu S, Karki S. Epithelioid Gastrointestinal Stromal Tumor of Duodenum Mimicking Adenocarcinoma: A Case Report. JNMA. [Internet]. 2021 [citado 29 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.31729/jnma.6104>
 14. Shi J, Sun K, Kong F, et al. Morphological, immunohistochemical, and genetic analyses of epithelioid gastrointestinal stromal tumors. Annals of Diagnostic Pathology.

- [Internet]. 2023 [citado 29 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anndiagpath.2023.152208>
15. Joensuu H. Gastrointestinal stromal tumor (GIST). *Annals of Oncology*. [Internet]. 2006 [citado 29 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/annonc/mdl274>
16. Escudero P, Luévano E, Quiroz O, et al. Lineamientos actualizados en el Tratamiento de los Tumores del Estroma Gastrointestinal (GIST) en México. *Gaceta Mexicana de Oncol.* [Internet]. 2011 [citado 29 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-lineamientos-actualizados-el-tratamiento-los-X1665920111235760>
17. Jummiensuk C, Charoenpitakchai M. Gastrointestinal stromal tumor: clinicopathological characteristics and pathologic prognostic analysis. *World Journal of Surgical Oncology*. [Internet]. 2018 [citado 29 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12957-018-1532-1>
18. Haller F, Cortis J, Helfrich J, et al. Epithelioid/mixed phenotype in gastrointestinal stromal tumors with KUT mutation from the stomach is associated with accelerated passage of late phases of the cell cycle and shorter disease-free survival. *Modern Pathology*. [Internet]. 2011 [citado 29 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/modpathol.2010.188>
19. Pérez E, Dolores R, Gómez E. Características clínico-patológicas de tumores del estroma gastrointestinal. Serie de 16 casos. *Rev Med Hosp Gener Mex.* [Internet]. 2013 [citado 29 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-del-hospital-general-325-articulo-caracteristicas-clinico-patologicas-tumores-del-estroma-X0185106313082866>

20. Sánchez J, Duran M, Molero R. Gastrointestinal stromal tumors: A multidisciplinary challenge. *World J Gastroenterol.* [Internet]. 2018 [citado 29 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.3748/wjg.v24.i18.1925>
21. Oliveros R, Pinilla R, Sánchez R, et al. Tumores estromales gastrointestinales (GIST) gástricos, serie de casos. *Rev, Colomb. Gastroenterol.* [Internet]. 2021 [citado 29 de mayo de 2024]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22516/25007440.569>
22. Kang S, Ryu MH, Hak Y, et al. Adjuvant Imatinib Treatment for 5 Years versus 3 Years in Patients with Ruptured Localized Gastrointestinal Stromal Tumor A Retrospective Analysis. *Cancer Res Treat.* [Internet]. 2022 [citado 29 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.4143/crt.2021.1040>
23. Chandrajit P. Adjuvant and neoadjuvant therapy for gastrointestinal stromal tumors. *UpToDate.* [Internet] 2023 [citado 13 de enero de 2025]. Disponible en: https://www-uptodate-com.vpn.ucacue.edu.ec/contents/adjuvant-and-neoadjuvant-therapy-for-gastrointestinal-stromal-tumors?search=gist%20mitotic%20&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1#H3
24. Carson JL, Guyatt G, Heddle N, et al. Clinical Practice Guidelines From the AABB: Red Blood Cell Transfusion Thresholds and Storage. *JAMA.* [Internet]. 2016 [citado 29 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2016.9185>
25. Goddard AF, James MW, McIntyre AS, et al. Guidelines for the management of iron deficiency anaemia. *Gut.* [Internet]. 2021 [citado 29 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/gut.2010.228874>
26. Casali PG, Blay JY, Gronchi A et al. Gastrointestinal stromal tumours: ESMO-EURACAN-GENTURIS Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and

- follow-up. *Annals of Oncology*. [Internet]. 2022 [citado 29 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2021.09.005>
27. Jacobson B. Managing Gastrointestinal Subepithelial Lesions. *Gastroenterology & Endoscopy News*. [Internet]. 2023 [citado 29 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.gastroendonews.com/Endoscopy-Suite/Article/04-23/ACG-Issues-New-Guidance-for-Managing-Gastrointesinal-Subepithelial-Lesions/69937>
28. Rivas I. Manejo Endoscópico de Lesiones subepiteliales. *Gastroenterología*. [Internet]. 2021 [citado 29 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.ivanrivasmd.com/endoscopia-tumores-subepiteliales/>
29. Park S, Sauer W, Shami V. ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Gastrointestinal Subepithelial Lesions. *Am J Gastroenterol*. [Internet]. 2023 [citado 29 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000002100>
30. Faulx A, Kothari S, Acosta R. The role of endoscopy in subepithelial lesions of the GI tract. *ASGE*. [Internet]. 2017 [citado 29 de mayo de 2024]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gie.2017.02.022>
31. Serrano C, Álvarez R, Carrasco J, et al. SEOM – GEIS clinical guideline for gastrointestinal stromal tumors (2022). *Clin Transl Oncol*. [Internet]. 2023 [citado 29 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12094-023-03177-7>
32. Xu W, Tang H, Chen Y, et al. Epithelioid Subtype Gastrointestinal Stromal Tumors of Stomach in an Endoscopic Biopsy: A Potential Diagnostic Pitfall. *OncoTargets and Therapy*. [Internet]. 2023 [citado 29 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/OTT.S444532>
33. Maria F. Minimally invasive approach in gastrointestinal stromal tumors. *Laparosc Surg*. [Internet]. 2022 [citado 29 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://doi:10.21037/ls-22-45>

34. Carrasco M, Velarde J, Mamani R. Imatinib en el tratamiento de pacientes con tumor del estroma gastrointestinal. Rev. Med. La Paz. [Internet] 2023 [citado 29 de mayo de 2024]. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582023000200038
35. DeMatteo R, Raut C, Espat N, et al. Efficacy and Tolerability of 5-Year Adjuvant Imatinib Treatment for Patients With Resected Intermediate- or High-Risk Primary Gastrointestinal Stromal Tumor (GIST): The PERSIST-5 Clinical Trial. JAMA Oncology. [Internet]. 2018 [citado 29 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamaocol.2018.4060>

ANEXOS

Exámenes de laboratorio al ingreso

Hemograma

Parámetro	Resultado	Valores de referencia
Hemoglobina (Hb)	4g/dl	13.8 – 17.2g/dl
Hematocrito (Hto)	12%	40 – 50%
Glóbulos rojos (RBC)	4.7 millones/ul	4.5-5.9 millones/ul
Glóbulos blancos (WBC)	7,500/ul	4.500 – 11.000/ul
Plaquetas	250.000/ul	150.000 – 400-000/ul
VCM	85fL	80-100fL
CHCM	33g/dl	32 – 36g/dl

Anexo 1. Resultados de laboratorio. Fuente: Realizada por los autores.

Electrolitos

Parámetro	Resultado	Valores de referencia
Sodio (Na ⁺)	140 mEq/L	135 - 145 mEq/L
Potasio (K ⁺)	4.0 mEq/L	3.5 – 5.0 mEq/L
Cloro (Cl ⁻)	102 mEq/L	98 - 107 mEq/L
Calcio (Ca ⁺⁺)	9.2 mEq/L	8.5 – 10.5 mEq/L

Anexo 2. Resultados de laboratorio. Fuente: Realizada por los autores.

Tiempos de coagulación

Parámetro	Resultado	Valores de referencia
Tiempo de protrombina (TP)	12.5 segundos	11 – 13.5 segundos
INR	1.1	0.8 – 1.2
Tiempo de tromboplastina parcial activada (aPPT)	30 segundos	25 – 35 segundos

Anexo 3. Resultados de laboratorio. Fuente: Realizada por los autores.

Exámenes de laboratorio al segundo día

Hemograma

Parámetro	Resultado	Valores de referencia
Hemoglobina (Hb)	9g/dl	13.8 – 17.2g/dl
Hematocrito (Hto)	27%	40 – 50%
Glóbulos rojos (RBC)	4.9 millones/ul	4.5-5.9 millones/ul
Glóbulos blancos (WBC)	7,600/ul	4.500 – 11.000/ul
Plaquetas	240.000/ul	150.000 – 400-000/ul
VCM	87fL	80-100fL
CHCM	34g/dl	32 – 36g/dl

Anexo 4. Resultados de laboratorio. Fuente: Realizada por los autores.

Exámenes de laboratorio al tercer día

Hemograma

Parámetro	Resultado	Valores de referencia
Hemoglobina (Hb)	12g/dl	13.8 – 17.2g/dl
Hematocrito (Hto)	36%	40 – 50%
Glóbulos rojos (RBC)	5.0 millones/ul	4.5-5.9 millones/ul
Glóbulos blancos (WBC)	7,700/ul	4.500 – 11.000/ul
Plaquetas	245.000/ul	150.000 – 400-000/ul
VCM	88fL	80-100fL
CHCM	34g/dl	32 – 36g/dl

Anexo 5. Resultados de laboratorio. Fuente: Realizada por los autores.

Exámenes prequirúrgicos

Electrolitos

Parámetro	Resultado	Valores de referencia
Sodio (Na ⁺)	139 mEq/L	135 - 145 mEq/L
Potasio (K ⁺)	4.1 mEq/L	3.5 – 5.0 mEq/L
Cloro (Cl ⁻)	101 mEq/L	98 - 107 mEq/L
Calcio (Ca ⁺⁺)	9.4 mEq/L	8.5 – 10.5 mEq/L

Anexo 6. Resultados de laboratorio. Fuente: Realizada por los autores.

Tiempos de coagulación

Parámetro	Resultado	Valores de referencia
Tiempo de protrombina (TP)	12.3 segundos	11 – 13.5 segundos
INR	1.0	0.8 – 1.2
Tiempo de tromboplastina parcial activada (aPPT)	29 segundos	25 – 35 segundos

Anexo 7. Resultados de laboratorio. Fuente: Realizada por los autores.

**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL
REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

Gabriela Isabel Idrovo Medina portador(a) de la cédula de ciudadanía N° 0105279277. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del Proyecto de Titulación “**Tumor del estroma gastrointestinal maligno epitelioides. Reporte de caso**” de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 31 de enero de 2025.

F: 

Gabriela Isabel Idrovo Medina
C.I. 0105279277