

Abordaje diagnóstico y terapéutico en paciente con hemorragia de intestino delgado por tumor del estroma gastrointestinal

Xochiquetzal Sánchez-Chávez^{1*}  y Marco A. Gordillo-Morath² 

¹Servicio de Gastroenterología y Endoscopia, Hospital San Angel Inn Patriotismo, Ciudad de México; ²Clínica Gastro Quirúrgica, San Miguel de Allende, Gto. México

Resumen

Los tumores del estroma gastrointestinal representan el 1-2% de los tumores digestivos. La cápsula endoscópica, la enteroscopia y los estudios de imagen son herramientas que nos apoyan con el diagnóstico. El tratamiento terapéutico depende del tipo histológico y la estadificación en el momento del diagnóstico. Se presenta el caso de una paciente con sospecha de hemorragia de intestino delgado y sospechosa de tumor del intestino delgado.

Palabras clave: Hemorragia de intestino delgado. Cápsula endoscópica. Tumor del estroma gastrointestinal.

Diagnostic and therapeutic approach in a patient with small bowel bleeding due to gastrointestinal stromal tumor

Abstract

Gastrointestinal stromal tumors account for 1-2% of digestive tumors. Capsule endoscopy, enteroscopy and imaging studies are tools that support us with diagnosis. Therapeutic treatment depends on histology and staging at diagnosis. We present the case of a patient with suspected small bowel hemorrhage and suspected small bowel tumor.

Keywords: Small bowel bleeding. Capsule endoscopy. Gastrointestinal stromal tumor.

*Correspondencia:

Xochiquetzal Sánchez-Chávez
E-mail: quetz80@yahoo.com

Fecha de recepción: 08-02-2025

Fecha de aceptación: 08-06-2025

DOI: 10.24875/END.25000010

Disponible en internet: 31-10-2025

Endoscopia. 2025;37(3):91-93

www.endoscopia-ameg.com

0188-9893/© 2025. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permayer México SA de CV, todos los derechos reservados.

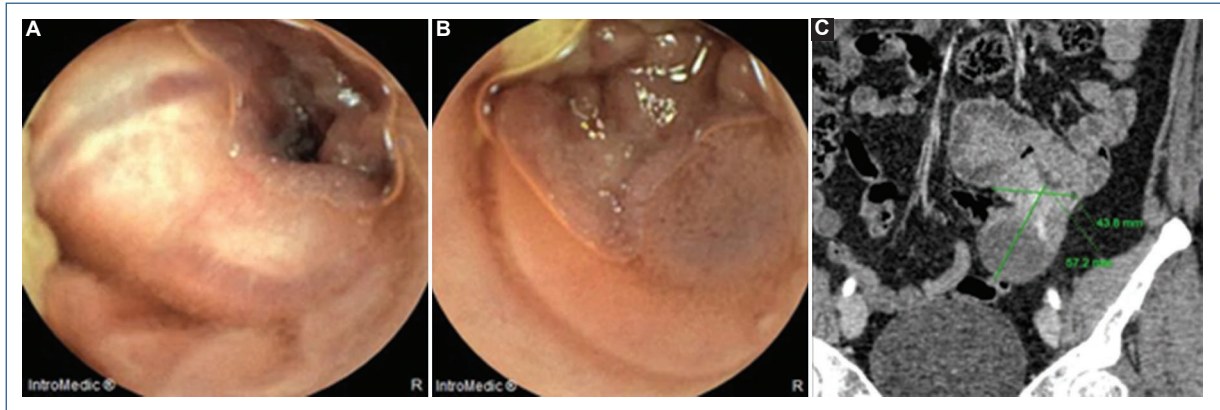


Figura 1. Imágenes de cápsula endoscópica. **A:** lesión intraluminal SPICE 3. **B:** hipervascularidad. **C:** enterografía por tomografía computarizada.

Introducción

La localización de los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) más frecuentes son en el estómago (55-60%) y el intestino delgado (ID) (30%). La mayoría de los GIST se diagnostican en el contexto de sospecha de hemorragia de ID (SHID) o anemia crónica¹. La cápsula endoscópica (CE), la enteroscopia y los estudios de imagen son herramientas complementarias para el abordaje diagnóstico. La CE es el método diagnóstico de primera línea en el contexto de SHID². En los últimos años, las imágenes transversales (IT) enfocadas al ID, incluida la enterografía por tomografía computarizada (ETC) y la enterografía por resonancia magnética, han contribuido significativamente al diagnóstico de los tumores del ID. La cirugía del GIST primario localizado consiste en la extirpación de la lesión con márgenes quirúrgicos libres (R0) sin linfadenectomía³.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino de 34 años, sin antecedentes, que presenta evacuaciones melánicas y anemia grado I, sin repercusión hemodinámica. Se le realizó endoscopia (EN), encontrando hernia hiatal, esofagitis erosiva grado B y gastropatía crónica; histopatología con *Helicobacter pylori*, por lo que recibió tratamiento para erradicación y hierro vía oral, manteniéndose asintomática.

Un año después presentó evacuaciones melánicas, se transfundieron dos paquetes globulares, se le realizó EN y colonoscopia, las cuales fueron negativas. Posteriormente se realizó estudio de CE, encontrando

a nivel de yeyuno medio-distal una lesión exofítica, hipervascularizada con SPICE 3. Se solicitó ETC reportando lesión intraluminal/exofítica de composición mixta dependiente de yeyuno distal e íleon proximal (Fig. 1).

Se realizó laparoscopia identificando tumor en yeyuno distal, posteriormente resección intestinal dejando 10 cm de margen libre de cada lado, por último se llevó a cabo una anastomosis latero-lateral mecánica (Fig. 2).

El reporte histopatológico fue de GIST tipo mixto (fuscelular y epiteloide), de bajo riesgo, < 5 de 5 mitosis en 50 campos a 40X, con bordes quirúrgicos libres de tejido neoplásico. Inmunohistoquímica positiva para CD117 y DOG-1. De acuerdo con los hallazgos y que no se observaron metástasis se ha mantenido en vigilancia clínica.

Discusión

La mayor información de los GIST se deriva de estudios retrospectivos y reportes de casos. La edad promedio de diagnóstico es de 63 años, proporción hombre: mujer 54:46, difiriendo en este caso, paciente joven (34 años) y mujer. Las manifestaciones clínicas principales son la hemorragia gastrointestinal, como fue en este caso, seguido de distensión abdominal, malestar abdominal, sin embargo también el 15-30% son asintomáticos^{2,4}. Durante los últimos años ha habido avances considerables en su abordaje diagnóstico y terapéutico, mediante la aplicación de investigaciones específicas del ID, incluida la CE, la enteroscopia y las IT³.

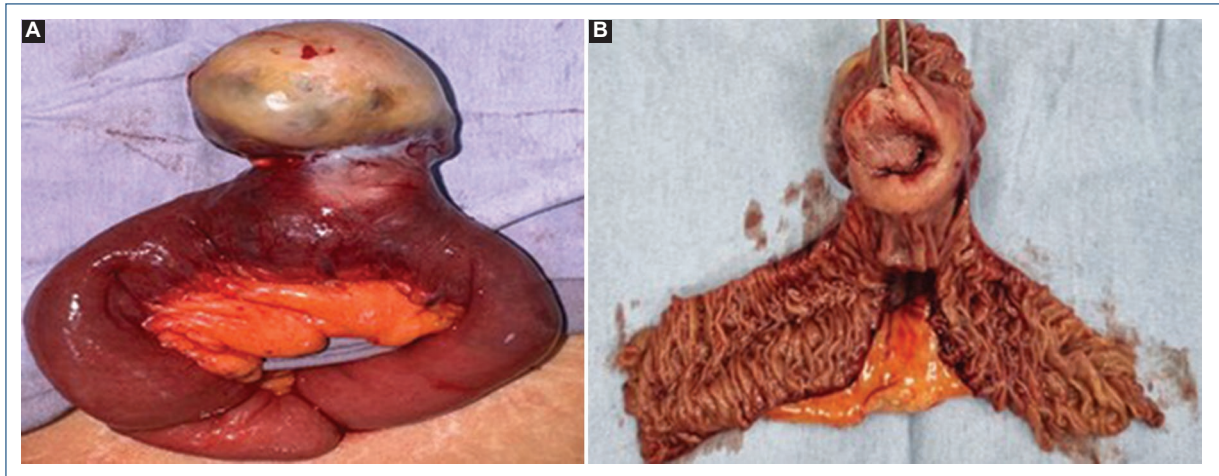


Figura 2. Tumor de yeyuno distal. **A:** exposición de las asas con tumor. **B:** pieza quirúrgica.

La tasa de supervivencia a 5 años es del 45%. El tratamiento se basa en la resección y si es que hay metástasis a otros órganos, quimioterapia².

En conclusión, ante un paciente con sospecha de hemorragia de ID, con EN y colonoscopias negativas, el estudio de primera línea dentro del algoritmo de abordaje es la CE, de acuerdo con los hallazgos de esta y a la disponibilidad tanto de la enteroscopia y/o IT, sería el estudio que seguir. Ante la confirmación de un tumor del ID debemos de solicitar estudio de imagen para valorar extensión. La resección quirúrgica es la base del tratamiento de los GIST del ID, complementado con terapia dirigida, ya sea antes de la operación para citorreducción con fines terapéuticos, o después de la cirugía dependiendo del riesgo de estratificación de recaída.

Agradecimientos

Los autores agradecen al personal administrativo de la Asociación Mexicana de Endoscopia por su valiosa ayuda.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales de pacientes ni requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Referencias

1. Wild D, Ko C. Small bowel bleeding. Clin Gastroenterol Hepatol. 2025;23(1):24-7.
2. Vlachou E, Koffas A, Toumpanakis C, Keuchel M. Updates in the diagnosis and management of small-bowel tumors. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2023;64-65:101860.
3. Fernández-Hernández JA, Cantín-Blázquez S, García-Somacarrera E, Varo-Pérez E, González-López JA, Asencio-Pascual JM, et al. Avances en tumores del estroma gastrointestinal: ¿hacia dónde vamos? Cir Cir. 2022;90(2):267-77.
4. Kogo H, Shimanuki K, Iwao T, Yoshida H. Small bowel GIST with hemorrhagic shock diagnosed by capsule endoscopy and double-balloon endoscopy, angiography-guided hemostasis, and laparoscopic-assisted resection. Clin Case Rep. 2021;9(5):e04240.