

Reporte de caso / Case report

Abordaje quirúrgico conservador en tumores del estroma gastrointestinal (GIST) de tercera porción duodenal agosto, 2025

Conservative Surgical Approach for a Gastrointestinal Stromal Tumor (GIST) of the Third Duodenal Portion: A Case Report from August 2025

Víctor Raúl Luraschi Centurión¹®, Rita Monthzerrat Miranda Vergara¹®, *Roun Kim¹®, Blas Antonio Romero Dure¹®

¹Hospital General de Luque, Cirugía General. Departamento Central, Luque, Paraguay

RESUMEN

Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son neoplasias mesenquimatosas poco frecuentes, y su localización en el duodeno representa menos del 5% de los casos. Se presenta el caso de un paciente masculino de 50 años con un cuadro de 7 meses de evolución presentando pérdida de peso e intolerancia alimentaria progresiva de sólidos luego a líquidos llegando a vómitos posprandiales 15 días antes de la consulta. Al examen físico se observa un síndrome constitucional. En los exámenes laboratoriales se confirma la desnutrición calórico-proteica severa. Los estudios por imágenes (TAC, EDA, RMN) revelaron una masa estenosante en la tercera porción del duodeno. El cual fue infranqueable al endoscopio por lo cual se decidió realizar yeyunostomía de alimentación para optimización nutricional y posterior cirugía definitiva. La biopsia endoscópica no mostró signos de malignidad. Se realiza una duodenectomía distal con anastomosis duodeno-duodenal con preservación pancreática. El análisis histopatológico confirmó un GIST de bajo grado (pT2, pN0, R0), con inmunohistoquímica positiva para CD117 y DOG1. En el posoperatorio se constata una hemorragia digestiva alta por sangrado a nivel de la sutura que se logra cohibir por vía endoscópica con posterior evolución favorable. Este caso destaca la importancia de considerar el GIST en el diagnóstico diferencial de las estenosis duodenales y demuestra que la resección quirúrgica con márgenes libres es efectiva, incluso en localizaciones anatómicas complejas.

Palabras clave: GIST, duodeno, tercera porción, duodenectomía distal, preservación pancreática.

ABSTRACT

Gastrointestinal stromal tumors (GISTs) are rare mesenchymal neoplasms, and their location in the duodenum accounts for less than 5% of cases. We report the case of a 50-year-old male patient with a 7-month history of progressive weight loss and intolerance to solid foods, later extending to liquids, culminating in postprandial vomiting 15 days prior to consultation. Physical examination revealed a constitutional syndrome, and laboratory tests confirmed severe protein-calorie malnutrition. Imaging studies (CT, EGD, MRI) demonstrated a stenotic mass in the third portion of the duodenum, which was impassable to the endoscope. Therefore, a feeding jejunostomy was performed for nutritional optimization prior to definitive surgery. Endoscopic biopsy showed no signs of malignancy. A distal duodenectomy with duodeno-duodenal anastomosis and pancreatic preservation was performed. Histopathological examination confirmed a low-grade GIST (pT2, pN0, R0) with positive immunohistochemistry for CD117 and DOG1. Postoperatively, the patient developed upper gastrointestinal bleeding from the suture line, which was successfully managed endoscopically, followed by a favorable clinical course. This case highlights the importance of considering GIST in the differential diagnosis of duodenal stenosis and demonstrates that complete surgical resection with negative margins is effective, even in anatomically complex locations.

Keywords: GIST, duodenum, third portion, distal duodenectomy, pancreatic preservation.

*Autor correspondiente Dra. Roun Kim: Email: rouni87@hotmail.com

Fecha de recepción: 15 de setiembre 2025. Fecha de aceptación: 15 de noviembre 2025

Editora responsable: Carolina Acosta ®. Universidad Católica de Asunción. Paraguay



INTRODUCCIÓN

Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son neoplasias mesenquimatosas poco frecuentes que se originan en las células intersticiales de Cajal del tracto gastrointestinal. Aunque pueden presentarse en cualquier segmento del tubo digestivo, su localización en el duodeno es infrecuente, representando aproximadamente el 5% de los casos. La presentación clínica suele ser insidiosa, con síntomas inespecíficos como dolor abdominal, pérdida de peso, náuseas y vómitos, lo que puede retrasar el diagnóstico. La confirmación diagnóstica se realiza mediante estudios de imagen, biopsia y análisis inmunohistoquímico. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa, mientras que la terapia adyuvante con imatinib se indica en casos con alto riesgo de recurrencia.

Los GIST duodenales representan un desafío diagnóstico y terapéutico debido a su rareza y a la compleja anatomía de la región, que puede dificultar la resección quirúrgica y aumentar el riesgo de complicaciones posoperatorias. La literatura reciente destaca la importancia de enfoques quirúrgicos individualizados que permitan preservar la función pancreática sin comprometer la resección completa del tumor. La presentación de casos clínicos como el presente aporta evidencia valiosa para la comprensión y manejo de estas neoplasias poco comunes, especialmente en entornos con recursos limitados o fuera de centros especializados.

Se obtuvo el consentimiento informado del paciente, de acuerdo con los principios éticos.

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 50 años, sin antecedentes patológicos de relevancia, consultó por un cuadro clínico de 7 meses de evolución caracterizado por pérdida de peso, intolerancia alimentaria progresiva de sólido, luego a líquido llegando a presentar vómitos posprandiales en varias oportunidades 15 días antes de la consulta. Niega dolor y distensión abdominales. Fue evaluado previamente en diversos centros médicos, donde se le realizaron estudios complementarios tanto laboratoriales como de imágenes como dos endoscopías digestivas altas, una tomografía y una resonancia magnética, llegando a la conclusión de una probable obstrucción del tracto digestivo alto por lo cual es derivado a nuestro servicio.

La primera endoscopia digestiva alta informa dilatación marcada del bulbo y la segunda porción duodenal, con mucosa de aspecto conservado. La papila mayor evidenciaba drenaje espontáneo de bilis. En la tercera porción duodenal se identificó una estenosis de consistencia elástica, con mucosa eritematosa y edematosas de aspecto severo, de la cual se tomaron biopsias. El informe anatopatológico reportó duodenitis erosiva de grado leve a moderado, sin atrofia de vellosidades, sin linfocitos intraepiteliales ni hiperplasia linfoide reactiva. Se observó infiltrado neutrofílico en la mucosa, sin displasia ni signos histológicos de malignidad en el material remitido.

Se solicita una tomografía axial computarizada de tórax y abdomen contrastada, donde se evidencia la presencia de una masa estenosante en la tercera porción duodenal, responsable de la dilatación proximal del órgano.

Con el informe de esta tomografía se solicita una nueva endoscopia digestiva alta con toma de biopsia por el informe indeterminado de la primera muestra.



Figura 1: Endoscopia Digestiva alta que muestra Estenosis con mucosa eritematosa y edematosas de la tercera porción del duodeno.

La segunda Endoscopia digestiva alta, realizada para reevaluación como muestra en la Figura 1 se constató estenosis con mucosa eritematosa y edematosas de la tercera porción del duodeno concordante con los del primer estudio, confirmando la persistencia de una duodenitis erosiva moderada sin cambios displásicos ni hallazgos sugestivos de malignidad.

Con dicho resultado se solicita una resonancia para decidir conducta. La resonancia magnética abdominal y como se observa en la Figura 2, informa un proceso tisular estenosante en la tercera porción duodenal, con dilatación proximal del duodeno, sospechoso de proceso neoproliferativo. El resto del estudio no mostró alteraciones relevantes.

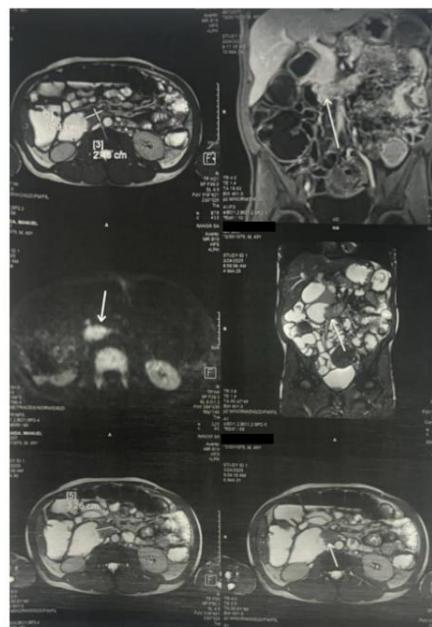


Figura 2. Resonancia Magnética de Abdomen se aprecia a nivel de la tercera porción del duodeno, se visualiza un engrosamiento parietal circunferencial que se extiende sobre 32mm de longitud, con un diámetro de 24mm, no identificándose correctamente la luz del duodeno a dicho nivel.

Dado el cuadro obstructivo y la imposibilidad de alimentación oral, se inició soporte nutricional mediante yeyunostomía durante 2semanas. Una vez logrado un adecuado estado nutricional, evidenciado por una prealbúmina de 24,3 mg/dL (valores normales: 18–45 mg/dL), se decidió la intervención quirúrgica.

Durante la cirugía como se puede observar en la Figura 3, se identificó una tumoración sólida-elástica de aproximadamente 3 cm de diámetro, localizada en la tercera porción duodenal, sin infiltración aparente a estructuras adyacentes, incluyendo la cabeza de páncreas. Se realizó una duodenectomía distal con anastomosis duodeno-duodenal latero-lateral con sutura mecánica con preservación pancreática como se aprecia en la Figura 4. La intervención transcurrió sin complicaciones. Se realiza endoscopia digestiva alta intraoperatoria donde se evidencia buen pasaje de endoscopio sin sangrado a nivel de la anastomosis.



Figura 3: Durante la cirugía se evidencia una tumoración sólida elástica de aprox. 3cm de diámetro a nivel de la tercera porción del duodeno, sin infiltración aparente con órganos adyacentes.

El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica reveló un tumor del estroma gastrointestinal (GIST), con índice mitótico menor de 5 mitosis por 5 mm², clasificado como de bajo grado histológico (grado I) como se aprecia en la (Figura 5A/B. Los márgenes quirúrgicos estaban libres de infiltración tumoral y no se evidenciaron metástasis en los 10 ganglios linfáticos periintestinales examinados (0/10). El estadio patológico según TNM fue pT2, pN0, R0. La inmunohistoquímica fue positiva para CD117 (c-KIT), DOG1 y CD34 confirmando el diagnóstico de GIST. Según los criterios de Fletcher, se clasificó como de bajo riesgo de recurrencia.



Figura 4. Durante la cirugía se realiza Duodenectomía distal con anastomosis duodeno-duodenal latero-lateral con sutura mecánica, preservando la cabeza pancreática.

El paciente al 4to día presento una hemorragia digestiva grave con descenso de hemoglobina de 12 a 5,6 g/dL. Se realizo el tratamiento con Acido tranexámico y transfusiones de GRC. Se realiza Endoscopia digestiva alta de urgencia donde se constata hemorragia a nivel de la anastomosis que se logra cohibir con infiltración y colocación de un clip. Con el cual evoluciono favorablemente siendo dada de alta a los 10mo día de su cirugía con dieta blanda vía oral y soporte nutricional.

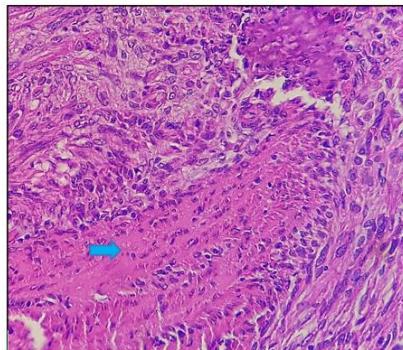


Figura 5A: Resultado de Anatomía patológica se evidencia GIST duodenal compuesto por células fusiformes con citoplasma ligeramente eosinófilo y mínima actividad mitótica, dispuestas en fascículos entre las fibras del músculo liso (flecha).



Figura 5B: Resultado de Anatomía patológica se evidencia GIST, bordes irregulares disecantes entre las fibras de músculo liso parietal intestinal (flechas).

DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE CASO

Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son neoplasias mesenquimatosas originadas a partir de las células intersticiales de Cajal y representan aproximadamente el 1-2% de todos los tumores gastrointestinales¹. Aunque la localización más común es el estómago (60-70%), seguida por el intestino delgado (20-30%), su presentación en el duodeno es infrecuente, con una incidencia reportada del 3-5% de los casos⁽²⁾.

El diagnóstico de GIST duodenal plantea múltiples desafíos clínicos y diagnósticos. En este caso, el paciente presentó síntomas inespecíficos —intolerancia alimentaria progresiva, pérdida de peso y vómitos posprandiales— que son comunes a otras patologías del tracto digestivo superior, lo cual contribuyó al retraso diagnóstico. Situaciones similares han sido descritas en la literatura, donde la inespecificidad clínica retrasa la sospecha de GIST hasta etapas avanzadas⁽³⁾.

La endoscopia digestiva alta mostró una estenosis en la tercera porción del duodeno con mucosa edematosas, sin signos francamente malignos. La biopsia endoscópica fue no concluyente, hallazgo frecuente en lesiones subepiteliales, debido a que los GIST suelen ubicarse en la capa muscular propia o submucosa⁽⁴⁾. En estos escenarios, los estudios por imágenes adquieren un papel central. La resonancia magnética y la tomografía computada contrastada permitieron evidenciar una masa estenosante en la tercera porción duodenal, hallazgo coherente con reportes previos que destacan la utilidad del diagnóstico por imágenes cuando las biopsias iniciales no son diagnósticas⁽⁵⁾.

Durante la cirugía se observó una masa sólida de aproximadamente 3 cm, sin infiltración pancreática, lo que permitió realizar una duodenectomía distal con anastomosis duodeno-duodenal y preservación pancreática. Este abordaje se asocia con menor morbilidad en comparación con la duodenopancreatectomía, la cual se reserva para tumores cercanos a la papila o con invasión pancreática^{2,4}. La estrategia quirúrgica adoptada en este caso coincide con la tendencia actual descrita en la literatura, que prioriza la resección completa (R0) con conservación de la función pancreática siempre que sea posible^(3,4,5).

El diagnóstico definitivo se estableció mediante estudio histopatológico, confirmando un GIST de bajo índice mitótico (< 5 mitosis/5 mm²) y márgenes libres, con inmunorreactividad positiva para CD117, DOG1 y CD34, hallazgos consistentes con los reportados en series contemporáneas^{1,5}. Según los criterios de Fletcher, el tamaño tumoral (3 cm), el bajo índice mitótico y la localización extragástrica clasifican este tumor como de bajo riesgo de recurrencia, por lo que no se indicó tratamiento adyuvante con imatinib.

El posoperatorio fue favorable, aunque se presentó una complicación hemorrágica secundaria a sangrado de la anastomosis, resuelta satisfactoriamente por vía endoscópica. Este evento destaca la importancia del monitoreo posquirúrgico y de la intervención multidisciplinaria ante posibles complicaciones. En concordancia con lo reportado en la literatura, los pacientes con GIST duodenales resecados completamente y de bajo riesgo suelen presentar una evolución clínica satisfactoria^(3,4).

Limitaciones del caso:

Entre las limitaciones se incluye la biopsia endoscópica inicial no diagnóstica, que refleja la dificultad de obtener muestras representativas en lesiones subepiteliales, y la complicación hemorrágica posoperatoria, que, si bien fue manejada exitosamente, subraya los riesgos inherentes a la cirugía en esta región anatómica. Además, al tratarse de un único caso, los hallazgos no son generalizables, aunque aportan evidencia útil para la práctica clínica y la toma de decisiones quirúrgicas individualizadas.

CONCLUSIÓN

El GIST duodenal es una entidad rara que plantea desafíos diagnósticos debido a la inespecificidad de los síntomas y a la dificultad de obtener biopsias representativas. El diagnóstico requiere un abordaje integral que combine estudios endoscópicos e imágenes de alta resolución. La resección quirúrgica completa con márgenes libres sigue siendo el pilar del tratamiento, y la terapia adyuvante con imatinib debe reservarse para casos de alto riesgo. Este caso refuerza la relevancia del manejo multidisciplinario y demuestra que la preservación pancreática es factible y segura en tumores localizados en la tercera porción duodenal, siempre que se aseguren márgenes oncológicamente negativos.

Contribución de los autores

- Dr. Víctor Luraschi participó en la concepción y diseño del trabajo.
- Dra. Roun Kim se encargó de la recolección de datos clínicos y de la redacción del manuscrito.
- Dr. Víctor Luraschi, Dra. Rita Miranda y Dra. Roun Kim realizaron el análisis e interpretación de los datos, mientras que Dra. Rita Miranda y Dra. Roun Kim efectuaron la revisión bibliográfica.
- El Dr. Blas contribuyó con la evaluación y descripción de los hallazgos anatomopatológicos, aportando su experiencia para la interpretación diagnóstica.
- Dra. Rita realizó la revisión crítica y aprobación de la versión final del manuscrito.

Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del texto, y asumen la responsabilidad por el contenido presentado.

Financiación: Este trabajo no contó con financiación externa. Fue realizado con recursos propios de los autores y el apoyo institucional de Hospital General de Luque.

Conflictos de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses relacionados con los contenidos de este trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fletcher CD, Berman JJ, Corless C, Gorstein F, Lasota J, Longley BJ, et al. Diagnosis of gastrointestinal stromal tumors: A consensus approach. *Hum Pathol.* 2002;33(5):459-65. doi: 10.1053/hupa.2002.123545
2. Inoue M, Ohmori I, Watanabe A, Matsushita S, Nakamura K, Shibata T, et al. A duodenal gastrointestinal stromal tumor mimicking a pancreatic neuroendocrine tumor: a case report. *J Med Case Rep.* 2022;16(1):308. doi: 10.1186/s13256-022-03468-7
3. Mohamed YAE, Abdelghaffar MM, Khalaf SS, El-Sawy SA, El-Desoky AE, Shehata SM, et al. Gastrointestinal stromal tumor of the duodenum presenting with shock and massive upper and lower gastrointestinal bleeding: a case report and review of the literature. *J Med Case Rep.* 2024; 18(1): 286. doi: 10.1186/s13256-024-04597-x
4. Aksoy E, Üstüner MA, Aydin O, Bostancı EB. Giant gastrointestinal stromal tumor of the duodenum mimicking a pancreatic head tumor: a case report. *Eur Res J.* 2023;9(4):828-830. doi: 10.18621/eurj.1027864
5. Zhang X, Wang Y, Li Y, Chen J, Liu Z, Zhang H, et al. A case report of gastrointestinal stromal tumor of the duodenum. *Am J Transl Res.* 2022;14(11): 8279-8285. Available from: <https://www.ajtr.org/IJTR-14-11-8279>