



P-075 - DOBLE GIST GÁSTRICO SUBCARDIAL, ENDOLUMINAL Y SUBSEROSO: UNA INDICACIÓN DE ABORDAJE LAPAROSCÓPICO

Ercoreca Tejada, Saioa; Álvarez Martín, María Jesús; Mogollón González, Mónica; Triguero Cabrera, Jennifer; Villar del Moral, Jesús María

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Objetivos: Presentar el caso excepcional de un doble Tumor del estroma gastrointestinal (GIST) de localización gástrica subcardial, en el que su abordaje quirúrgico se realizó, a pesar de su dudosa afectación esplénica, mediante laparoscopia.

Caso clínico: Hombre de 48 años que a raíz de un episodio de melenas se le realizó una endoscopia digestiva alta (EDA) en la que se evidenció una lesión submucosa, bien delimitada, dependiente de curvatura menor, de aspecto polipoideo con áreas ulceradas en su mucosa sin sangrado activo. En la ECOEDA se confirmó la existencia de dicha lesión que parecía depender de la capa muscular y con un tamaño aproximado de 6,5 cm. Se realizó una PAAF compatible con GIST gástrico. TC toracoabdominal: Masa de crecimiento exofítico en fundus gástrico, de bordes delimitados, de unos 6 cm de diámetro máximo, siendo sugerente de tumor estromal (GIST). PET-TC: Masa de débil actividad metabólica en fundus gástrico, que se prolonga hasta el espacio gastroesplénico. SUVmáx de 3,34. En comité de tumores se decidió cirugía. A pesar de su localización subcardial y dudosa afectación esplénica, por las pruebas de imagen, se decidió intervenir mediante abordaje laparoscópico. Durante el acto quirúrgico se evidenció una tumoración de unos 8x8cm, de aspecto exofítico subseroso, en contacto con todo el polo superior del bazo, sin adherencias al mismo, que afectaba a todo el fundus gástrico desde zona subcardial. Previa introducción de una sonda de Fouchet de 38 Fr, para evitar estenosis a nivel de la UEG y comprobar que existía margen quirúrgico suficiente, se realizó resección gástrica atípica sin necesidad de asociar esplenectomía. Mediante EDA intraoperatoria se comprobó la ausencia de estenosis en la UEG así como de lesión residual. Anatomía patológica de la pieza: tumor del estroma gastrointestinal, dos formaciones tumorales sin relación, una intramuscular y otra subserosa de 6,5 cm y 6 cm de diámetro máximo. Ki67 menor del 1% y con menos de 5 mitosis por 50 CGA. Grupo 3a, sobre 8 de Miettinen y Lasota con 12% de probabilidad de desarrollar metástasis.

Discusión: El tratamiento de los GIST gástricos es quirúrgico. Para ello, es de gran ayuda tener una correcta orientación diagnóstica preoperatoria, debido a que en este tipo de tumores se pueden realizar resecciones gástricas atípicas, sin necesidad de linfadenectomía. La TC y el PET/TC son las dos pruebas que mejor nos dan esta orientación diagnóstica y asociada a la PAAF mediante EDA/ECOEDA, nos la pueden confirmar. En este tipo de tumores se puede indicar de entrada un abordaje laparoscópico, siempre que sea factible realizar con él, una cirugía segura para el paciente, con margen quirúrgico suficiente y sin riesgo de ruptura tumoral. En las localizaciones difíciles de los GIST, como es la subcardial, es de gran ayuda el uso de EDA intraoperatoria. La existencia de adherencias al bazo no debe de contraindicar de entrada un abordaje laparoscópico, siempre que se disponga de la capacidad técnica para asociar a la resección gástrica una

esplenectomía segura sin riesgo de ruptura tumoral o esplénica intraoperatoria.