



P-086 - DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA Y HEMICOLECTOMÍA DERECHA AMPLIADA POR GIST DUODENAL LOCALMENTE AVANZADO

P. de Castro Monedero, A. Huidobro Piriz, V. Barra Valencia, J.H. Herrera Kok, J.M. Silva Fernández, L.C. Saldarriaga Ospino, C. Suero Rodríguez, E. Carretero Cabezudo, V. Simó Fernández, H. Ordás Macías y J.L. Álvarez Conde

Complejo Hospitalario, Palencia

Resumen

Objetivos: Los GIST son las neoplasias mesenquimales más frecuentes del tracto digestivo. Pueden localizarse en cualquier nivel aunque el 50% lo hacen a nivel gástrico y el 25% en intestino delgado. Presentamos un caso de un GIST duodenal que debutó con fiebre y síndrome obstructivo duodenal.

Caso clínico: Paciente de 68 años, SAMC y con antecedentes de apendicectomía, que ingresa en el Servicio de Digestivo por cuadro de dolor abdominal de localización epigástrica y vómitos de una semana de evolución. A la exploración abdominal se palpa una masa en región epigástrica. Se realiza ecografía y TAC abdominal visualizándose una gran masa retroperitoneal de 10 cm de diámetro con componente mixto sólido quístico dependiente de duodeno. La gastroscopia informa de estómago de retención con abundantes restos biliares más allá de la segunda porción duodenal que impresiona de obstrucción. Se decide realizar intervención quirúrgica electiva con abordaje laparotómico (subcostal bilateral) identificando una tumoración retroperitoneal abscesificada que se origina a nivel de la tercera porción duodenal infiltrando raíz de mesenterio, mesocolon transverso, borde inferior de páncreas, muy adherida a la vena mesentérica inferior y con asa de intestino delgado incluida en dicha tumoración. Ante estos hallazgos se realiza duodenopancreatectomía cefálica, hemicolectomía derecha ampliada y resección intestinal. El estudio anatomo patológico confirma el diagnóstico de un GIST de pared duodenal de bajo índice mitótico que afecta a la grasa locorregional de intestino, celda pancreática y mesenterio. En el postoperatorio precoz el paciente presenta un cuadro de suboclusión intestinal y de flemón a nivel de la anastomosis pancreática que se resolvió de manera conservadora. En las revisiones en consulta el paciente muestra intolerancia al imatinib por lo que se procede a la suspensión del mismo. Actualmente el paciente se encuentra asintomático sin persistencia de enfermedad residual en las pruebas de imagen de control.

Discusión: La resección quirúrgica completa se convierte en el factor pronóstico más importante en estos tumores. Estas resecciones pueden efectuarse mediante resecciones muy limitadas, sin embargo en otras ocasiones el cirujano se ve obligado a efectuar resecciones anatómicas más extensa e incluso resecciones de órganos adyacentes ?en bloque? por el tamaño tumoral. El abordaje laparoscópico es cada vez más usado, sin embargo debemos evitar su uso en caso de tumores de gran tamaño.