



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-150 - INVAGINACIÓN DUODENAL POR GIST GÁSTRICO

González Alcolea, Natalia; Chaparro Cabezas, María Dolores; Martínez Arrieta, Félix; Laiz Diez, Beatriz; García Schiever, Jesús; Calvo Espino, Pablo; Jiménez Garrido, Manuel Cecilio; Sánchez Turrión, Víctor

Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

Resumen

Objetivos: Presentar un caso de tumor GIST que condiciona invaginación gástrica en el duodeno y su resolución quirúrgica.

Caso clínico: Mujer de 74 años, hipertensa y con antecedentes de úlcera gástrica, que acude a urgencias por melenas sin vómitos, dolor abdominal ni alteraciones en el tránsito. En la analítica a su llegada destaca una hemoglobina de 9.30 y una elevación de GGT (255 U/L). Se realiza endoscopia alta, que identifica en el antro gástrico una zona de tracción desde la cara posterior prepilórica, que se continúa hacia el píloro sugiriendo invaginación duodenal. Se consigue pasar el endoscopio hasta la segunda porción duodenal, observando en retroversión una lesión polipoidea de superficie irregular sin signos de sangrado activo. Por la localización de la lesión no es posible obtener biopsias. El estudio se completa con TC abdomen que informa de un engrosamiento mural desde el antro hasta la papila duodenal con invaginación de parte del estómago en el duodeno, con mínima dilatación de la vía intra y extrahepática. Se realiza nueva endoscopia oral intentando varias maniobras de tracción de la lesión hacia la cavidad gástrica, sin éxito. Con el diagnóstico de intususcepción duodenal de lesión polipoidea antral, en ausencia de datos de sangrado u obstrucción intestinal, se decide cirugía. Se inicia el procedimiento por vía laparoscópica realizando una gastrotomía en la cara anterior del antro, apreciando el pedículo del pólipo, sin conseguir reducir la cabeza del mismo, que se encuentra a nivel duodenal. Se reconvierte a una minilaparotomía media supraumbilical ampliando la gastrotomía y reduciendo con dificultad la lesión, que impresiona depender de la pared, por lo que se realiza una resección en cuña de la misma. El estudio anatomopatológico reveló un tumor estromal gastrointestinal (GIST) subtipo epiteloide de bajo grado histológico de 3 × 3 cm.

Discusión: La intususcepción en el adulto es poco frecuente, y su diagnóstico puede retrasarse debido a que se presenta con síntomas muy inespecíficos. El 90% se producen en el intestino delgado o grueso, siendo la invaginación gastroduodenal extremadamente rara. Los tumores GIST y otros tumores intramurales como los lipomas, originan aproximadamente un 40% de las invaginaciones gastroduodenales en el adulto, siendo otro 40% causadas por un tumor gástrico pediculado, generalmente benigno. Los tumores GIST, cuya localización más frecuente es precisamente el estómago, en general tienen un curso indolente por su crecimiento lento, alcanzando en ocasiones tamaños considerables que causan síntomas por efecto masa, aunque el síntoma más común es el sangrado por erosión de la mucosa, como ocurre en nuestro caso. Más raro es que tengan un crecimiento pediculado y ocasionen una invaginación gastroduodenal. En este caso, el diagnóstico se suele realizar mediante endoscopia alta y pruebas de imagen (tránsito o TC abdomen). El tratamiento es en general quirúrgico. Puede ser de utilidad ayudarse de la endoscopia para localizar el pólipo y traccionar del mismo.