



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-311 - RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE GIST GÁSTRICO GIGANTE

*Pros Ribas, Imma; Martínez, Wenceslao; Palau, Miquel; Marcilla, Víctor; Sturlese, Anna; Rius, Josep*

*Fundació Hospital Sant Joan de Déu, Martorell.*

### Resumen

**Introducción:** Los GIST son tumores mesenquimales generalmente CD117 (c-kit, KIT) positivos, producidos por una mutación en KIT o PDGFRA, compuestos por células fusiformes o epitelioides que se originan en el tracto gastrointestinal, el epiplón, el mesenterio o el retroperitoneo. Son tumores poco frecuentes (menos del 3% de los tumores gastrointestinales) suelen localizarse en estómago (50-60%), intestino delgado (30%) o colon (10%). Su localización en la pared puede ser submucosa, con ulceración mucosa, intraparietal o subserosa. El diagnóstico suele ser incidental durante un estudio de imagen, y con menos frecuencia sintomático (dolor abdominal, hemorragia digestiva, anemia y más raramente como masa abdominal palpable).

**Caso clínico:** Se presenta el caso de una paciente de 62 años con leve dolor en hemiabdomen superior y gran masa palpable en epigastrio e hipocondrio D. TAC abdominal: gran masa quística compleja retrogástrica. Intervención quirúrgica por laparoscopia: (Vídeo de dos minutos) Se observa gran tumoración que desplaza anteriormente cuerpo y antro gástricos y rechaza el colon transversal caudalmente hacia la pelvis. No M1 hepáticas ni peritoneales. Se realiza sección del epiplón gastrocólico. Disección muy laboriosa de toda la tumoración, dado su tamaño, con ligasure y electrobisturí, de las adherencias a epiplón, y mesocolon. Se aprecia que la tumoración se origina en cara posterior gástrica, de donde cuelga con un pedículo de unos 7 cm aprox. Se realiza Gastrectomía vertical posterior (sección en cuña de cara posterior del cuerpo gástrico dejando margen suficiente) con 2 EndoGIA carga dorada, previa calibración con S. Foucher nº 58 para asegurar la permeabilidad de paso gástrica. Extracción del tumor de 16 cm, y forma ovoide, íntegra, a través de incisión de Pfannestiel con plástico protector. Postoperatorio sin incidencias y alta hospitalaria a los 6 días de la cirugía AP: tumor del estroma gastrointestinal (GIST) de 16,5 cm, de células fusiformes y extensas áreas de necrosis isquémica y fibrosis. Bajo potencial de malignidad: índice mitótico: 2-3 por 50 CGA, índice de proliferación celular (Ki-67): 3% márgenes de resección libres de neoplasia. Estadío TNM: pT4 (más de 10 cm de diámetro).



**Discusión:** El tratamiento de elección es el quirúrgico (resección R0). Hay que evitar la rotura del tumor por el riesgo de recidiva. El informe anatomopatológico debe incluir tamaño, número de mitosis, estado de los márgenes de resección, Estudio inmunohistoquímico con: CD117, CD34, actina, desmina y proteína S-100, índice proliferativo con Ki-67, mutaciones en KIT y, si el estudio es negativo, en PDGFRA (gen del receptor alfa del factor de crecimiento plaquetario). El tratamiento neoadyuvante (6-12 meses) está indicado en tumores no resecables o en los que no es factible la resección R0 o en tumores resecables pero, con criterios de mal pronóstico, con el objetivo de la preservación de la funcionalidad de órgano y la disminución de la recidiva local y/o a distancia. El tratamiento adyuvante se debe realizar en pacientes de alto riesgo y con: mutación c-Kit en exón 11: imatinib 400 mg  $\times$  3 años; mutación c-Kit en exón 9: imatinib 800 mg  $\times$  3 años; no mutación de c-Kit: no tratamiento; pacientes de bajo riesgo: no tratamiento; riesgo intermedio: individualizar casos.