



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-174 - GASTRECTOMÍA ATÍPICA POR GIST GÁSTRICO GIGANTE: ¿CUÁNDO ESTÁ INDICADO EL TRATAMIENTO NEOADYUVANTE?

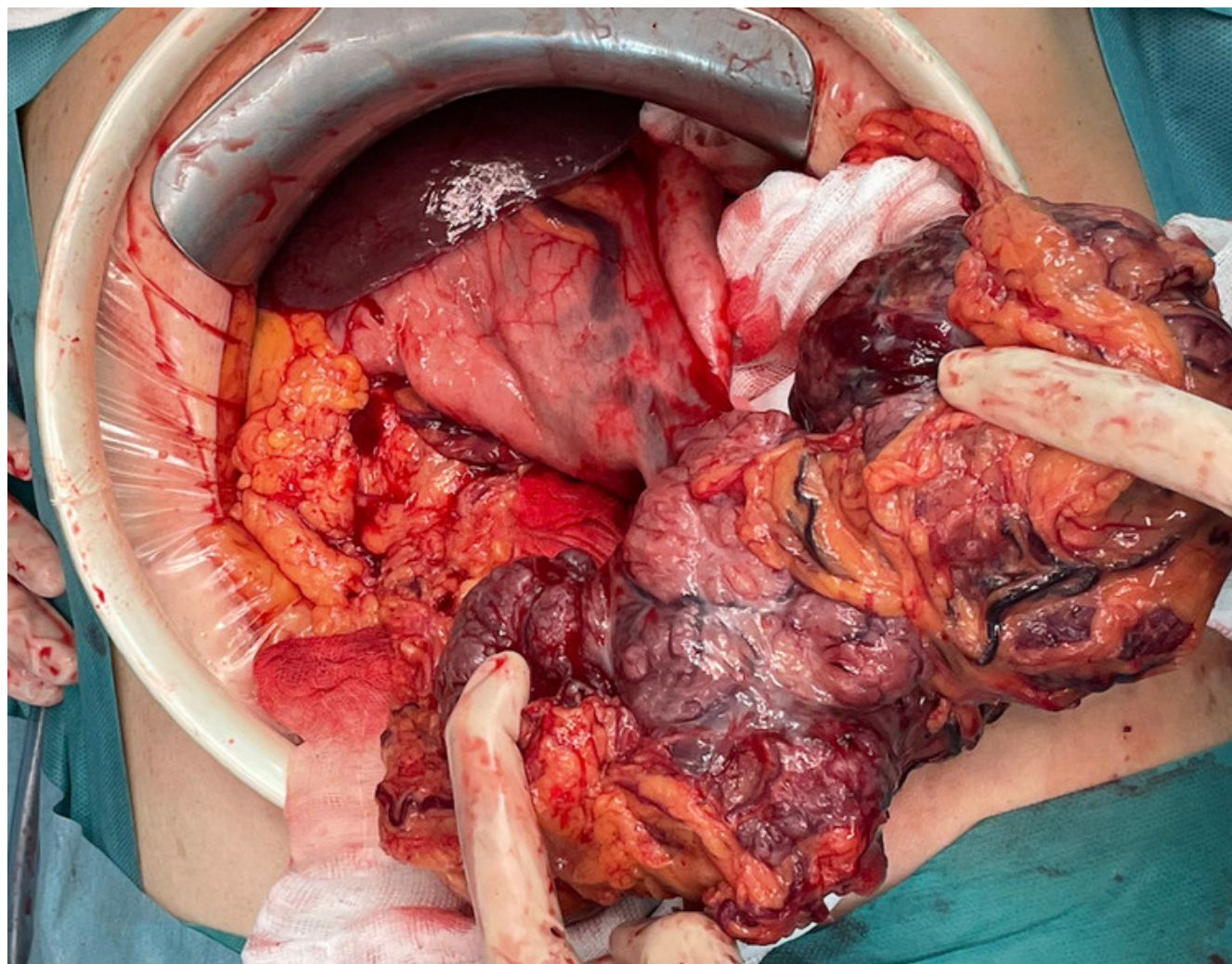
Ortiz De Guzmán Aragón, Sara; Esgueva Angulo, Marina; Albiz Seguro, Maitane; Álvarez Abad, Irene; Alonso Calderon, Eva; Errazti Olartekoetxea, Gaizka; de la Quintana Basarrate, Aitor

Hospital de Cruces, Barakaldo.

Resumen

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son neoplasias de origen mesenquimal que aparecen en el tubo digestivo. Se presentan como neoplasias subepiteliales que se localizan en el estómago o intestino delgado, aunque pueden surgir en cualquier punto del tracto gastrointestinal. Se caracterizan por presentar mutaciones de receptores con actividad tirosina quinasa, habitualmente del receptor KIT (80%) o del PDGFRA (5-10%). El tratamiento de elección es quirúrgico para los tumores potencialmente resecables, y los inhibidores de la tirosina quinasa en tumores localmente avanzados, irresecables o metastásicos.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 64 años, sin antecedentes de interés, que consulta por dispepsia y reflujo gastroesofágico de meses de evolución con posterior aparición de una tumoración dolorosa de hipocondrio izquierdo. Se realiza estudio con tomografía computarizada (TC) con hallazgo de una masa sólida de 20 × 15 cm dependiente de la cara posterior de estómago a nivel del fundus, sugestiva de GIST gástrico. En la gastroscopia se evidencia una compresión extrínseca en fundus sin ver alteraciones en la mucosa, y la ecoendoscopia confirma la presencia de una lesión submucosa a nivel de fundus sugestiva de tumor estromal. Una vez completado el estudio se presenta en el comité de tumores decidiéndose tratamiento quirúrgico de entrada. En la intervención se objetivó una tumoración gástrica de 18 × 11 cm dependiente de la curvatura mayor gástrica a nivel del cuerpo, y se realizó gastrectomía atípica con varias cargas de endograpadora lineal consiguiendo resección en bloque de la neoplasia. El posoperatorio cursó sin incidencias y la paciente fue dada de alta el quinto día posoperatorio. El análisis histológico de la pieza quirúrgica confirmó la sospecha de GIST gástrico de alto riesgo (G2; pT4pNx) con mutación C-KIT positiva; por lo que tras ser valorada por Oncología se inició tratamiento con imatinib 400 mg/24 horas.



Discusión: Los GIST son los tumores mesenquimales más frecuentes del tubo digestivo. A pesar de su potencial maligno las lesiones gástricas presentan mejor pronóstico global que el resto de localizaciones. El tratamiento de elección es quirúrgico y consiste en la resección en tumor con la pseudocápsula intacta para evitar la rotura tumoral, que equivale a una resección R2. Debido a su crecimiento expansivo y no infiltrativo la linfadenectomía es innecesaria. En los pacientes con tumores irresecables o con enfermedad metastásica está indicado el tratamiento con inhibidores de la tirosina quinasa (TKI). En tumores de gran tamaño con riesgo elevado de rotura intraoperatoria se debe valorar el tratamiento neoadyuvante con TKI. Su uso está justificado dado que mejora la posibilidad de conseguir resecabilidad, disminuye la extensión de la cirugía para conseguir una resección R0 y disminuye la morbilidad. En estos casos se debe realizar una biopsia para confirmar el diagnóstico y el perfil genético del tumor.