



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-188 - GASTRECTOMÍA CON ESPLENOPANCREATECTOMÍA DISTAL EN TUMOR DE GIST GIGANTE METASTÁSICO

Márquez Gutiérrez, Ariadna; Acosta Mérida, M.^a Asunción; Casimiro Pérez, José Antonio; Fernández Quesada, Carlos; Plá Sánchez, Pau; Brito Pérez, Zaida; Piñero González, Luis; Callejón Cara, M.^a del Mar

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) representan la neoplasia mesenquimal más común del tracto gastrointestinal, aunque de baja incidencia. El estómago constituye la localización preferente. Los GIST gástricos pueden cursar de forma silente o presentar síntomas inespecíficos como dolor abdominal, hemorragia digestiva o masa palpable. Su potencial maligno es variable y determinado por diversos factores. El abordaje terapéutico combina la resección quirúrgica en casos localizados con el uso de inhibidores de tirosina kinasa en contextos avanzados o de alto riesgo de recurrencia, lo que ha transformado significativamente su pronóstico. Dada su heterogeneidad clínica y biológica, así como los avances en su manejo terapéutico, los GIST gástricos constituyen un modelo paradigmático de oncología personalizada y continúan siendo objeto de intenso estudio clínico y molecular.

Caso clínico: Varón de 63 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, cardiopatía isquémica con colocación de *stent* en la arteria descendente anterior, cirugía de revascularización miocárdica mediante *bypass* aortocoronario e intervención por taponamiento cardíaco. En el contexto de estudio por anemia ferropénica, se realiza una endoscopia digestiva alta, que revela en fundus gástrico una lesión excrecente ulcerada que por ecoendoscopia (USE) se corresponde con una masa sólida de más de 7cm con pérdida de la estratificación normal de la pared gástrica e infiltración de la cola pancreática. La USE-PAAF sugiere un tumor del estroma gastrointestinal de tipo fusocelular. En la analítica, destaca cromogranina-A 323 ng/ml, antígeno carcinoembrionario 2,16 ng/ml y CA 19.9 < 2 U/ml. Tras optimización de la anemia, hemoglobina preoperatoria de 12 g/dL. El TC abdominal muestra una masa gástrica ulcerada de 11,2 cm con crecimiento exofítico hacia la grasa locorregional y contacto extenso con la cámara gástrica, sin aparente infiltración de órganos adyacentes. (fig.) Se identifican pequeñas lesiones hepáticas sospechosas de metástasis en los segmentos III, VII y VIII, confirmadas mediante resonancia magnética. El paciente recibe radioterapia externa con intención hemostática sobre la lesión gástrica sangrante. También se realiza ablación y alcoholización percutánea de las metástasis hepáticas. Aunque se plantea iniciar tratamiento sistémico con imatinib, es descartado debido al alto riesgo de cardiotoxicidad relacionado con sus comorbilidades cardiovasculares. Se decide tratamiento quirúrgico mediante laparotomía, identificándose una masa subcardial de unos 15 cm, localizada en la curvatura mayor y cara posterior gástrica, con componente exofítico y adherida al cuerpo y cola pancreática. Se lleva a cabo gastrectomía vertical con esplenopancreatectomía corporocaudal en bloque. El estudio

anatomopatológico confirma el diagnóstico de GIST sin evidencia de infiltración pancreática ni esplénica. El posoperatorio cursa sin incidencias, siendo dado de alta al 7.º día posoperatorio. Actualmente se encuentra en seguimiento, sin complicaciones.



Discusión: La estrategia de abordaje terapéutico de los tumores GIST debe decidirse en el seno de un comité multidisciplinar y está modulada por las características el paciente y del tumor. En determinados pacientes con enfermedad metastásica hepática susceptible de control percutáneo y sin posibilidad de tratamiento sistémico, las terapias locales dirigidas a las lesiones hepáticas y la cirugía radical del tumor primario, como en este caso, pueden obtener beneficios de supervivencia y calidad de vida.