



P-134 - TUMOR DESMOIDE GÁSTRICO EN PACIENTE CON GASTRECTOMÍA DISTAL PREVIA LAPAROSCÓPICA POR ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

García-Amador, Cristina¹; Yasufuku, Itaru²; Kumagai, Koshi²; Takamatsu, Manabu²; Takasawa, Yutaka²; Hiki, Noki²; de la Plaza, Roberto¹; Sano, Takeshi²

¹Hospital Guadalajara, Guadalajara; ²Cancer Institute Hospital Japanese Foundation for Cancer Research, Tokio.

Resumen

Objetivos: Los tumores desmoides proceden del tejido conectivo, y los situados a nivel intrabdominal, particularmente los derivados del estómago con dos casos publicados, son poco frecuentes. Se relacionan con el sexo femenino, la polipomatosis adenomatosa familiar, el embarazo y los traumatismos, incluidas las cirugías. Se presenta el caso de un paciente con antecedente de gastrectomía distal por adenocarcinoma con un tumor desmoide gástrico.

Caso clínico: Varón de 61 años, con antecedentes médicos de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y hepatitis B. Entre sus antecedentes quirúrgicos, destacan gastrectomía distal laparoscópica con linfadenectomía D2 y reconstrucción en Y de Roux por adenocarcinoma gástrico pT2N0M0 hace 2 años y resección ileocecal por apendicitis perforada al mes posterior. En la tomografía computarizada (TC) del control anual presenta una masa en la cara posterior del remanente gástrico de 13 mm de diámetro, delimitada, homogénea. Los marcadores tumorales no están elevados y se decide mantener actitud expectante. Se realiza control ecográfico a los 6 meses y no es detectada y en la TC control a los 6 meses presenta aumento de dicha masa con lo que alcanza 23 mm de diámetro. Los marcadores se mantienen en rangos normales y se realiza gastroscopia en la que la lesión no es detectada. Dado el aumento de tamaño con diagnóstico diferencial de recidiva local, metástasis linfática o tumor del estroma gástrico se realiza ecoendoscopia en la que se observa una masa hipoecoica de 27 × 12 mm. En la punción con aspiración con aguja fina, la citología muestra células fusiformes pero no es concluyente en cuanto a la inmunorreactividad. Dados los hallazgos se decide realizar cirugía. Se realiza laparotomía media supraumbilical con resección parcial de la cara posterior del remanente gástrico, en la que se incluye la lesión, y cierre primario. A la semana presenta leucocitosis, la cual se incrementa en el 9 día postoperatorio (DP), de manera que se realiza TC que muestra líquido peripancreático. Dada la leucocitosis, se añade piperacilina/tazobactam 4 g cada 8 horas vía intravenosa, para ser sustituido a los 2 días por levofloxacino 500 mg cada 24 horas vía oral (vo) y metronidazol 500 mg cada 8 horas vo que se mantienen durante 12 días. Es dado de alta al 13 DP. La histología objetiva una lesión de 34 × 22 × 20 mm y márgenes negativos. Muestra células fusiformes positivas para actina de músculo liso, betacatenina y negativas para DOG1, desmina, S100, CD34, con anticuerpo Ki-67 moderado. Esto hace compatible el diagnóstico con tumor desmoide gástrico.

Discusión: Se trata del tercer caso de tumor desmoide gástrico publicado. En este caso simula la recidiva de adenocarcinoma en un paciente con antecedente de gastrectomía distal. Esta patología debe incluirse como diagnóstico diferencial en pacientes con antecedentes quirúrgicos intrabdominales, y aunque es benigno, presenta invasión local. Se recomienda resección con márgenes negativos para su tratamiento.