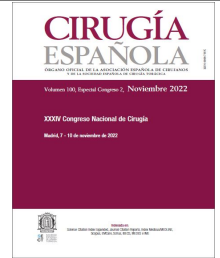




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-148 - GIST GÁSTRICO GIGANTE ASINTOMÁTICO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Ocerin Alganza, Olatz; Álvarez Abad, Irene; Villalabeitia Ateca, Ibabe; Guerra Lerma, Mikel; Moro Portela, Gerardo; Mifsut Porcel, Patricia Araceli; Errazti Olartecoechea, Gaizka; de la Quintana Basarrate, Aitor

Hospital de Cruces, Barakaldo.

Resumen

Introducción: Los tumores de estroma gastrointestinal (GIST) representan el 80% de las neoplasias mesenquimales del tracto GI y el 1-2% de los tumores primarios malignos en dicha localización, originándose en las células intersticiales de Cajal. Se presentan como lesiones subepiteliales predominantemente en el estómago en el 40-60% y en yeyuno-íleon en el 25-30%, pudiendo afectar a cualquier nivel del tracto GI. Ocurren en adultos entre 65-69 años y la mayoría son asintomáticos, aunque su presentación clínica varía en función de la edad y la localización. La cirugía es el tratamiento de elección pero presenta una tasa de recidiva de hasta un 50% a 5 años, por lo que en tumores localmente avanzados y de riesgo elevado de recidiva, el tratamiento con Imatinib mejora los resultados oncológicos, ya que el 85% presentan mutaciones en el receptor tirosina-kinasa KIT. A pesar de ello, un 20% de los casos no responde al tratamiento neoadyuvante y son estos los que presentan un reto en conseguir los mejores resultados con márgenes quirúrgicos negativos.

Caso clínico: Varón de 68 años es valorado por cirujano por gran masa abdominal de años de evolución con crecimiento progresivo, que no presenta molestias locales. A la exploración presenta tumoración abdominal que abarca todo el hemiabdomen superior, desde línea medioclavicular izquierda hasta el flanco derecho. Se realiza ecografía que describe la masa de $18 \times 13 \times 16,5$ cm de predominio sólido con áreas quísticas y necróticas asociando una calcificación central, probablemente dependiente de la región antro-duodenal. La TC abdominopélvica objetiva la masa supramesocólica hipervascularizada dependiendo de arteria gastroduodenal, ramas de esplénica y de coronaria estomáquica. Se completa estudio con ecoendoscopia, PAAF y PET-TC y ante la alta sospecha de tumoración tipo GIST y dificultad quirúrgica por tamaño, inicia tratamiento neoadyuvante con Imatinib. Se suspende tras 5 meses de tratamiento por mala tolerancia y progresión de enfermedad, por lo que se decide intervención quirúrgica. Se objetiva gran tumoración cerebroide de $30 \times 25 \times 20$ cm originada en antro gástrico e irrigada por la arcada gastroepiploica y ramas cólicas. Se resecta en bloque con endograpadoras previa liberación del mesocolon que desplaza. Es dado de alta al 7º día con un posoperatorio favorable. La anatomía patológica confirma la tumoración del estroma gastrointestinal de bajo grado T4 con presencia de mutación del gen PDGFRA. Actualmente se encuentra asintomático, realizando vida activa y no presenta datos de enfermedad radiológica medible.



Discusión: Los GIST de comportamiento agresivo son infrecuentes, y por ello es necesario realizar una estratificación del riesgo y tener modelos pronósticos para predecir el riesgo de enfermedad metastásica y recidiva local, con el fin de identificar pacientes que se benefician de terapias sistémicas neoadyuvantes o adyuvantes. La cirugía continúa siendo la base del tratamiento, pero se debe individualizar el uso de los inhibidores de tirosina-kinasa en casos potencialmente resecables con afectación metastásica o localmente avanzados con el fin de disminuir morbilidad y recidivas.