



## V-160 - GIST DE LA UNIÓN ESOFAGOGÁSTRICA. GASTRECTOMÍA POLAR SUPERIOR CON RECONSTRUCCIÓN EN DOBLE TRACTO ALIMENTARIO

Cendrero Martín, Manuel; López Pardo, Rafael; Sánchez Sánchez, Íñigo; Morante, Juana; Aranzana, Aurelio; Toral Guinea, Pablo; Krasniqi, Gazmend; Lesaga Llopis, Javier

Complejo Hospitalario, Toledo.

### Resumen

**Introducción:** Los GIST (tumoraciones del estroma intestinal) son tumores formados a partir de células intersticiales de Cajal. Suelen afectar principalmente al estómago (50-60%) y al intestino delgado (30-35%), con una incidencia similar en hombres que en mujeres pero un diagnóstico (que suele ser incidental) creciente debido al mayor desarrollo y disponibilidad de las pruebas de imagen y la endoscopia. Si bien son de estirpe sarcomatosa no tienen un comportamiento similar a los sarcomas, no siendo frecuencia la presencia de metástasis a distancia y pudiendo ser resecados de manera curativa sin precisar linfadenectomía siempre y cuando no se produzca la rotura del tumor.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de un varón de 68 años, con antecedentes personales de HTA, DL y EPOC grave que es diagnosticado de una lesión a nivel de la unión gastroesofágica de manera incidental en una prueba de imagen, de unos 7-8 cm y sugestiva de GIST como primera posibilidad. El paciente es derivado a consultas de Cirugía general donde se completa el estudio de la lesión con una ecoendoscopia que informa de una tumoración subcardial de 75 mm dependiente del estómago, de contenido heteroecogénico y sospechosa de GIST maligno. Se realiza PAAF de la lesión con resultado de células fusiformes ckit+ y DOG1+. Se presenta al paciente en comité de tumores esofagogastricos y se decide realizar neoadyuvancia con imatinib para intentar disminuir el tamaño del tumor e intentar evitar una resección mayor y posterior cirugía.

**Discusión:** Los tumores tipo GIST, si bien pueden ser resecados con altos porcentajes de curación sin necesidad de cirugía ni resecciones mayores, a veces por la localización anatómica sí que obligan a realizar cirugías que tiene grandes impactos en la calidad de vida posterior de los pacientes. En este caso se optó por una técnica que permitiera una menor resección gástrica (gastrectomía polar superior), y una reconstrucción en doble vía alimentaria que permitiera mantener el antro gástrico como reservorio y el paso a través del duodeno y su función absorbiva. El paciente 1 año y medio después de la cirugía mantiene un peso estable con IMC de 24, sin necesitar suplementación por parte de endocrino y pudiendo comer y hacer una vida social prácticamente normal.