



VC-065 - RESECCIÓN ATÍPICA DE TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL LOCALIZADO EN CURVATURA MENOR GÁSTRICA VÍA LAPAROSCÓPICA

Hernández Ferriz, Ana Belén¹; Campo Betancouth, Carlos Felipe¹; Hernández Roca, Belén¹; Seguí Orejuela, Jordi¹; Hernández I Santiago, Assumpta¹; Lama Borrajo, María Carmen¹; Ramírez Ángel, José Manuel²

¹Hospital General de Elda, Elda; ²Hospital General Universitario, Alicante.

Resumen

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son los tumores mesenquimales más frecuentes del tracto digestivo. La mayoría se caracterizan por ser CD117 (KIT, c-kit) positivos, debido a una mutación en KIT. Sin embargo, en un 5% de los casos se deben a una mutación en el receptor alfa del factor de crecimiento derivado de las plaquetas (PDGFRA). Las manifestaciones clínicas dependen de la localización tumoral, así como del tamaño y de su estadio evolutivo. La localización más frecuente de estos tumores es a nivel del estómago (52-60%), seguido del intestino delgado (30-35%), siendo el resto de localizaciones menos frecuentes.

Caso clínico: Mujer de 70 años que consulta por melenas de 1 mes de evolución, sin otra clínica acompañante. Se solicitó una gastroscopia donde se visualizó una lesión subepitelial de 3-4 cm con extensa ulceración en la cúspide, siendo la biopsia no concluyente. Posteriormente se solicitó una ecoendoscopia, con hallazgo de lesión subepitelial ulcerada de 25 mm, hipoecogénica, homogénea, dependiente de la cuarta capa hipoecogénica (muscular) y situada en la curvatura menor-cara posterior de cuerpo gástrico, hallazgos compatibles con GIST. Se realizó un TAC toraco-abdomino-pélvico, donde no se visualizaron lesiones a distancia. Tras completar el estudio, el caso fue presentado en el Comité Multidisciplinar de Tumores Digestivos, donde se decidió intervención quirúrgica programada. Se utilizó un abordaje laparoscópico para la resección de la lesión. En primer lugar, se accedió a la transcavidad de los epiplones, con preservación de la arteria gastroepiploica. Posteriormente, se realizó la disección de la cara posterior gástrica, así como de la curvatura menor gástrica, con sección de los vasos cortos de la incisura angularis. Tras ello, se utilizó un drenaje Penrose para facilitar la movilización gástrica, así como un punto de sutura de seda a nivel tumoral para poder realizar tracción. Se colocó una sonda de 36Fr para tutorización de la cavidad gástrica. Se realizó la gastrectomía parcial tipo *wedge* mediante 2 cargas de endograpadoras 60 mm y se comprobó la estanqueidad con azul de metileno a través de la sonda. Además, se extrajo la pieza mediante un sistema de protección de puerto para evitar la siembra tumoral a nivel de los puertos quirúrgicos.

Discusión: La cirugía con intención curativa es el tratamiento de elección en pacientes con tumores del estroma gastrointestinal localizados, siendo el objetivo quirúrgico conseguir una resección R0 con un margen de 1 cm. A nivel gástrico, la gastrectomía parcial tipo *wedge* es la más utilizada (alrededor del 70% de los casos), aunque el tipo de resección depende de la localización tumoral. En

el caso de localizarse a nivel de curvatura menor y en aquellos cercanos a la unión gastroesofágica, se suele optar por la realización de gastrotomía con resección local con electrocautero e incluso por una gastrectomía total. Dado que esta localización tumoral puede tener abordajes con gran morbilidad, presentamos este abordaje vía laparoscópica como alternativa a los abordajes típicos descritos en la literatura.