



VC-066 - RESECCIÓN ENDOLUMINAL TRANSGÁSTRICA DE GIST POR VÍA LAPAROSCÓPICA

Gómez Pérez, Rocío; Roldán de la Rúa, Jorge Francisco; Ortega Castán, María; Hinojosa Arco, Luis Carlos; Mansilla Diaz, Sebastián; Suárez Muñoz, Miguel Ángel

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Resumen

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) representan el 3% de los tumores malignos gastrointestinales, siendo el tipo más frecuente de sarcoma, el estómago (50-60%) resulta su localización más habitual. Se desarrollan a consecuencia de la activación de mutaciones en los genes que codifican receptores de las proteínas tirosina quinasa (KIT o PDGFRA). El 80% aparece en mayores de 50 años, sin predominio de género. La mayoría esporádicos y no se conocen factores de riesgo. Hasta un 25% son hallazgos incidentales, ya que la mayoría son asintomáticos o presentan síntomas inespecíficos, relacionados con el tamaño o la localización, obstrucción, síntomas compresivos o mama palpable en tumores de gran tamaño. El tratamiento es la resección oncológica y los inhibidores de la tirosina quinasa (TKI), en tumores de alto grado y de gran tamaño (mayores de 10 cm) por el riesgo de recidiva. La resección puede llevarse a cabo de forma endoscópica en los de pequeño tamaño, polipectomías con asa, bandas o resección submucosa endoscópica tunelizada (RSET) o por cirugía abierta o laparoscópica.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 76 años intervenida de sigmoidectomía tipo Hartmann de urgencias por obstrucción intestinal secundaria a adenocarcinoma pT4aN0M0. En TAC de seguimiento oncológico es diagnosticada de lesión gástrica en curvatura menor de 3 cm sugestiva de GIST. La endoscopia y la USE confirman lesión polipoidea de 30 mm de bordes lisos, bien definidos que sugiere origen submucoso, con base ancha de implantación; resultando difícil su resección endoscópica. Asintomática al diagnóstico. Exploración normal, con cicatriz de laparotomía media y colostomía terminal. Se llevó a cabo una resección transgástrica del tumor a través de gastrotomía vía laparoscópica. Sección y suspensión del ligamento redondo para obtener mejor visualización de la curvatura menor. Localización del tumor que protrusión a través de la pared gástrica, sin componente excrecente. Dos puntos de tracción con Endo Close de la pared gástrica a pared abdominal. Gastrotomía amplia para poder exponer el tumor. Resección con endograpadora. Cierre de la gastrotomía con sutura continua barbada reabsorbible. Revisión de hemostasia y extracción de la pieza. La paciente fue dada de alta a las 48 h sin incidencias. Los resultados patológicos fueron de GIST de tipo fusocelular 28 × 19 mm (pT2) con margen correcto, positiva para CD34, CD117 (C-KIT) y DOG-1, Ki 67 del 2% y bajo riesgo de recurrencia.

Discusión: Existen diferentes tipos de abordaje de los GIST. Comenzando por resección endoscópicas en tumores de pequeño tamaño, de crecimiento endoluminal y siendo 20-25 mm el

límite para la RSET; resecciones gástricas atípicas en lesiones pediculadas o de crecimiento exofítico o bien, la opción por la que nosotros optamos; resecciones endoluminales a través de una gastrotomía. Este tipo de resección se puede llevar a cabo de forma laparoscópica sin gran dificultad técnica y mantiene de forma más natural la anatomía gástrica. Así mismo permite la visualización completa de la lesión cuando se está resecando. Se trata de una intervención fácilmente reproducible, rápida, segura y con todos los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva.