



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



VC-068 - RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE GIST DE FUNDUS GÁSTRICO. PARTICULARIDADES DE ESTA LOCALIZACIÓN

Lago Martínez, Fátima Yasmina; Roqué, Raúl Mariano; Lesquereux Martínez, Lucía; García Carrero, Marta; Onaindia, Eleder; Arcila Bermúdez, Reinaldo José; Parada González, Purificación

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.

Resumen

Introducción: Los tumores estromales del tracto gastrointestinal (GIST) constituyen la neoplasia mesenquimal digestiva más frecuente, siendo su localización más habitual el estómago (50-60%). A nivel molecular se caracterizan por presentar mutaciones activantes de los genes KIT o PDGFRA, las cuales actúan como dianas para el inhibidor de tirosina-kinasa (Imatinib) durante el tratamiento adyuvante. El tratamiento de elección del GIST localizado es la resección quirúrgica. La cirugía óptima debe lograr su resección completa con márgenes libres (R0), lo que puede conseguirse en la mayoría de las ocasiones con resecciones segmentarias del órgano implicado. La exéresis debe ser muy cuidadosa para preservar la pseudocápsula y evitar así la diseminación tumoral. En esta comunicación presentamos el caso de una paciente con un GIST localizado en la cara posterior del fundus gástrico, próximo al ángulo de His y con infiltración del peritoneo que recubre el pilar diafragmático izquierdo. Se realizó una resección gástrica atípica laparoscópica en bloque con el peritoneo diafragmático infiltrado.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 67 años, a tratamiento con hierro oral por anemia, que acude a urgencias por síncope. En el análisis de sangre destaca Hb de 6,9 g/dl, necesitando transfusión de cuatro concentrados de hemáties. Es diagnosticada a través de TC de abdomen de un tumor de fundus gástrico de 6 × 8 cm, con sangrado activo de la arteria gástrica izquierda, precisando embolización selectiva de ramas de dicha arteria. Además, en las imágenes se describía contacto del tumor con el bazo y la glándula suprarrenal izquierda. Se completó la estadificación locorregional mediante TC torácico que descartó enfermedad a distancia y ecografía endoscópica, tomando biopsias del tumor. Los resultados son de GIST gástrico con mutación KIT. Se decidió en comité multidisciplinar inicio de neoadyuvancia con imatinib. A los 6 meses se realizó TC de abdomen de control, con disminución del tamaño de la lesión de 8 a 4,4 cm, pero con persistencia del contacto con el bazo y la glándula suprarrenal izquierda. Ante los hallazgos se programó para resección quirúrgica por vía laparoscópica. Durante la cirugía se observó que el tumor se extendía en la cara posterior gástrica hasta proximidades del ángulo de His, infiltrando el peritoneo que recubría el pilar diafragmático izquierdo, pero no infiltraba el bazo. Debido a su localización, durante la intervención se utilizó un dilatador esofágico de 42Fr. para evitar la estenosis de la unión esofagogástrica con la resección en bloque con el peritoneo diafragmático infiltrado.

Discusión: La resección local sin linfadenectomía es el tratamiento estándar de los GIST gástricos

localizados. La terapia dirigida con imatinib se utiliza de manera neoadyuvante cuando los tumores son localmente avanzados con el objetivo de evitar una cirugía mutilante. Es importante diseñar una estrategia quirúrgica adecuada basada en el tamaño de la lesión, su localización y su base de implantación.