



P-085 - CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN EL GIST GÁSTRICO. TIPOS DE RESECCIÓN

A. Sánchez Cifuentes, M. Ruiz Marín, E. Peña Ros, M. Vicente Ruiz, N. Martínez Sanz, M. González Valverde, M.F. Candel Arenas, P. Pastor Pérez, M.E. Tamayo Rodríguez, J. Ródenas Moncada y A. Albarracín Marín-Blázquez

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Resumen

Objetivos: Describir una serie de casos de manera retrospectiva de GIST gástrico tratados mediante cirugía laparoscópica y una revisión sobre el tratamiento actual de estos tumores.

Métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes con diagnóstico de GIST gástrico, tratados mediante abordaje laparoscópico entre enero de 2012 y enero de 2013 en el HGU Reina Sofía de Murcia.

Resultados: Todas eran mujeres de entre 46-83 años (m = 68). Los síntomas iniciales fueron: epigastralgia en 4 casos, anemia en 1 caso y hallazgo casual en el caso restante. De tamaño entre 1-8 cm (m = 3,2). De tamaño entre 1-8 cm (m = 3,2). Se realizó PAAF, siendo positiva en todos los casos. El tratamiento quirúrgico fue mediante abordaje laparoscópico, realizándose en 1 caso resección en cuña y antrectomía con reconstrucción según Billroth III en los demás. Los márgenes de resección fueron satisfactorios en todos los casos, no produciéndose rotura del tumor en ninguno de ellos. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones, con una estancia hospitalaria postquirúrgica entre 6-10 días (m = 7,8). El diagnóstico se confirmó con marcadores inmunohistoquímicos (CD34+ y CD117+). Todos fueron de bajo riesgo de malignidad. Actualmente se encuentran libres de enfermedad.

Conclusiones: El tumor de GIST es el sarcoma más frecuente del tracto gastrointestinal. Supone el 2% de tumores a este nivel, pero el 80% de los sarcomas gastrointestinales. Mazur y Clark en 1983, emplearon este término para designar unos tumores no epiteliales del tubo digestivo, que carecían de rasgos ultraestructurales de músculo liso y características inmunohistoquímicas de célula de Schwann. La mayoría de los GIST poseen una característica mutación con ganancia de función del gen c-KIT. Su localización mayoritaria es el estómago seguida, por intestino delgado, colon-recto, esófago y más raramente epiplón, mesenterio y retroperitoneo. Con frecuencia se detectan de manera casual, pero pueden ocasionar signos o síntomas inespecíficos. El diagnóstico se efectúa mediante pruebas de imagen, tales como la TC, endoscopia digestiva alta o ecoendoscopia, y el análisis anatomopatológico de la pieza quirúrgica, no estando aclarado el papel de la biopsia preoperatoria. Macroscópicamente, crecen en el espesor de la pared respetando la mucosa, con medidas que oscilan entre 1 y 32 cm. Microscópicamente constituyen lesiones pseudoexpansivas, con crecimiento fascicular, de células fusiformes o epitelioides y estroma variable, siendo positivo para marcadores como CD117 y CD43. Los GIST son tumores potencialmente agresivos que metastatizan

en el hígado, el peritoneo o el pulmón, siendo infrecuente su diseminación linfática. El tratamiento de elección es quirúrgico, siendo el abordaje laparoscópico seguro y eficaz, dependiendo de la localización, el tamaño y la experiencia del cirujano. En la mayoría de las ocasiones puede efectuarse resecciones muy limitadas de carácter segmentario o en cuña del foco tumoral, mientras que en otros casos son necesarias resecciones anatómicas más extensas, como en nuestra serie, debido a la localización próxima al píloro, y en otros casos de órganos adyacentes en bloque. En caso de GIST de gran tamaño inicialmente irresecables, o bien en los casos de recidiva, actualmente es posible utilizar el imatinib mesilato.