



P-333 - TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST) GIGANTE ASINTOMÁTICO TRAS *BYPASS* GÁSTRICO

I. Abellán Morcillo, D. Ruiz de Angulo Martín, V. Munitiz Ruíz, V. Olivares Ripoll, M. Paredes Quílez, P. Sánchez Fuentes y P. Parrilla Paricio

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

Introducción: El *bypass* gástrico en Y de Roux (BGR) es considerado el patrón oro en el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. La incidencia de cáncer gástrico en el estómago excluido es baja en estos pacientes habiéndose comunicado casos aislados, la mayoría de ellos adenocarcinomas (ADC). Presentamos el primer caso descrito, de un tumor del estroma gastrointestinal (GIST) localizado en el estómago excluido de una paciente intervenida de BGR por obesidad mórbida.

Caso clínico: Mujer de 53 años de edad intervenida hace 8 años por obesidad mórbida, realizando un BGR. La paciente fue operada en marzo de 2011 con el diagnóstico de apendicitis aguda apreciando durante la laparoscopia una apendicitis aguda purulenta y una masa anexial izquierda, siendo remitida a Ginecología para estudio tras el alta hospitalaria. Se realizó TAC abdominopélvica como estudio de extensión apreciando como hallazgo incidental, una masa heterogénea mal definida de 10 × 12 × 10 cm dependiente del estómago excluido y adenopatías reactivas mesentéricas y retroperitoneales. La punción aspiración con aguja fina de la masa informó de hallazgos citológicos compatibles con GIST gástrico de células fusiformes. La paciente se intervino hallando una tumoración de unos 15 cm originada en el estómago excluido. Se realizó gastrectomía del estómago residual que contenía el tumor y resección del teratoma ovárico izquierdo. El análisis anatomopatológico de la pieza informó de GIST de serosa gástrica (T4N0) de riesgo moderado según clasificación de Afip-Miettinen. En el estudio genético se encontró una mutación en el exón 11 de C-KIT: mutación.V560D/c1679.

Discusión: El BGR es una técnica mixta: malabsortiva y restrictiva, creando un reservorio gástrico, quedando de ese modo una porción de estómago excluida del tránsito. La aparición de tumores malignos en el estómago excluido es excepcional, habiéndose descrito solo 7 casos de ADC en el remanente gástrico, no habiéndose publicado hasta la fecha ningún GIST. El intervalo de tiempo entre el BGR y el diagnóstico fue de 3 a 22 años y de estos siete casos, seis debutaron tardíamente con dolor abdominal y el otro paciente con sangrado digestivo, a diferencia de nuestra paciente en la que fue un hallazgo incidental. La mayoría de los casos de ADC fueron diagnosticados en estadios avanzados de la enfermedad, debido a la inespecificidad de los síntomas y a la imposibilidad de acceso mediante endoscopia digestiva alta. En los únicos trabajos que relacionan los GIST con el *bypass* gástrico, se trata de hallazgos incidentales durante la realización de la

cirugía, siendo todos ellos benignos y menores de 1 cm. Los GIST son los tumores mesenquimales más frecuentes del tracto gastrointestinal, el 40-70% se localizan en el estómago. Su incidencia anual es de 10-20 casos por millón de habitantes. Un 30% de estos tumores se diagnostican incidentalmente tal y como pasó en nuestra paciente, a pesar del gran tamaño tumoral. A la hora de abordar quirúrgicamente los tumores del remanente gástrico, la mayoría de los autores realizaron una resección del estómago excluido y linfadenectomía dejando el reservorio gástrico intacto aunque en los casos que existía infiltración del pouch gástrico se completó una gastrectomía total seguida de una esofagoyeyunostomía en Y de Roux. En conclusión, pensamos que el cirujano bariátrico ha de conocer el riesgo de patología tumoral en el estómago excluido tras un BGYR. El tratamiento quirúrgico de los GIST implica la resección del estómago desfuncionalizado respetando el reservorio gástrico y la gastroenteroanastomosis en ausencia de afectación neoplásica.