



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-165 - MANEJO DE LAS COMPLICACIONES DE UN TUMOR GIGANTE DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL

Pardo Aranda, Fernando; Muñoz, Emilio; Puértolas, Noelia; Larrañaga, Itziar; Camps, Judith; Veloso, Enrique

Hospital Mutua, Terrassa.

Resumen

Introducción: El tratamiento de elección en los tumores del estroma gastrointestinal es la resección quirúrgica, pero cuando se diagnostican metástasis o el tumor es irresecable, imatinib debe ser la primera opción. Este tratamiento puede provocar complicaciones graves de difícil solución que comprometen la vida del paciente.

Caso clínico: Paciente varón africano de 47 años, diagnosticado de un tumor gástrico del estroma gigante, cavitado, no resecable, fistulizado a la luz del estómago y con metástasis hepáticas. Tratado con imatinib 300 mg/día durante un mes, acude a urgencias por melenas, hemodinámicamente inestable y con hemoglobina de 5 g/dL. Se realizó una gastroscopia de urgencia con la que fue imposible controlar el sangrado procedente de la cavidad tumoral, indicándose laparotomía urgente. Una gran masa irresecable adherida al diafragma y a la pared abdominal ocupaba casi las tres cuartas partes de la cavidad abdominal. Se realizó el control del sangrado tumoral, una gastrostomía, se suturó el orificio fistuloso y se dejó colocado un drenaje cerrado dentro de la cavidad tumoral. Paciente se recuperó sin complicaciones y fue dado de alta a las dos semanas. Cuatro meses más tarde consulta por fiebre, objetivándose salida de pus a través de la cicatriz del drenaje. La TC abdominal realizada muestra una importante reducción del tumor primario y un absceso subfrénico izquierdo no drenable de manera percutánea, por lo que se indicó cirugía. En la intervención se drenó el absceso y se dejó un drenaje doble cerrado en la cavidad abscesificada. En el postoperatorio inmediato el paciente sufría tos cuando se realizaban lavados por el doble drenaje, confirmándose en la TC una fístula bronquial izquierda y una fístula gástrica conectadas ambas con la cavidad del absceso subfrénico y con la piel. Se intentó cerrar, sin éxito, el orificio de la fístula gástrica con Over-The-Scope-Clips mediante gastroscopia. El estado basal del paciente no permitía una toracotomía izquierda y se optó por aislar la fístula bronquial y organizar una fístula gastrocutánea con un gastroscopio pediátrico. Se introdujo por la fístula gástrica hasta la cavidad abscesificada comunicada a la piel y se colocó una sonda de gastrostomía percutánea (PEG) 20Fr desde el estómago a la piel. Dos semanas después el paciente se encontraba asintomático. El tránsito digestivo con gastrografín no objetivó ninguna fuga y una vez retirada la sonda PEG, el trayecto fistuloso se cerró por completo en 6 días, siendo dado de alta con ingesta oral y tratamiento con imatinib. Dos años más tarde, presenta buena calidad de vida, y aunque, las metástasis hepáticas se encuentran en regresión, la masa abdominal ha desaparecido por completo.

Discusión: El tratamiento con imatinib se considera de elección en el GIST localmente avanzado y

metastásico, recurrente y/o no resecable, sin embargo existen complicaciones debido a la necrosis tumoral generada principalmente durante los primeros seis meses de tratamiento. Complicaciones como la fístula gastrobronquial son excepcionales y potencialmente mortales. Habitualmente son pacientes con mal estado general, cuyas complicaciones suponen un reto para el cirujano y que a veces requieren de maniobras ingeniosas para solucionarlas.