



## P-176 - GIST GÁSTRICO GIGANTE INADVERTIDO POR EMBARAZO Y POSPARTO

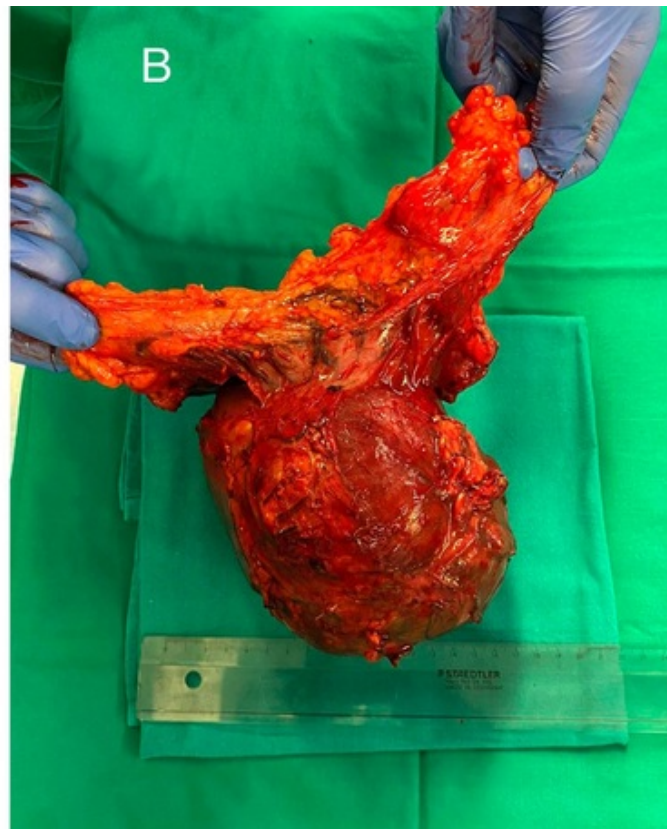
Peidro Parres, Sara; Belda Ibáñez, Tatiana; Arlandis Félix, Francisco José; Cortés Climent, Javier; Cejudo Berenguer, Luis; Serra Díaz, Carlos; Pérez Climent, M<sup>a</sup> de las Nieves; Flórez Nisperuza, Ángela

Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy.

### Resumen

**Introducción:** Los tumores estromales gastrointestinales (GIST), son los tumores mesenquimales más comunes del tubo digestivo (80%). Pueden ser asintomáticos o aparecer síntomas cuando el tamaño es muy grande. Presentamos el caso de un GIST gástrico gigante que pasó inadvertido durante el embarazo y postparto de una mujer joven.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de una mujer de 35 años sin antecedentes de interés excepto dos cesáreas, siendo la última hace 6 meses y actualmente en lactancia materna. La paciente consulta por dolor abdominal difuso y dispepsia. En la exploración física se palpa una masa abdominal de más de 10 cm que ocupa el hipocondrio y vacío izquierdos. En la ecografía abdominal se visualiza una masa en epigastrio de 14 × 9 × 12 cm siendo el diagnóstico diferencial tumor sólido pseudopapilar pancreático vs. GIST gástrico. Se completa el estudio con una RMN, gastroscopia y TC torácico. En la RMN describe la presencia de una masa sólido-quística intrabdominal de dudosa dependencia gástrica o mesentérico-peritoneal. En la gastroscopia se visualiza una compresión extrínseca en cara posterior gástrica sin alteraciones mucosas. Se descartó metástasis a distancia mediante el TC torácico. Tras comentar el caso en Comité Multidisciplinar se decide intervención quirúrgica. Se realiza laparotomía exploratoria hallando tumoración dependiente de antro gástrico (fig. A) por lo que se realiza extirpación del tumor con gastrectomía subtotal con reconstrucción en Y de Roux, consiguiendo resección R0 (fig. B). El posoperatorio fue favorable y la paciente fue dada de Alta a los 6 días. El informe anatomopatológico halla un GIST gástrico de 19 cm de alto riesgo histológico con 16 figuras mitóticas en 50 campos de gran aumento, positivo a nivel inmunohistoquímico para CD117 y vimentina, y con mutación en exón 11 del gen KIT. Según el TNM (teniendo en cuenta tamaño e índice mitótico) se clasifica como T4N0M0, estadio IIIB. Debido al elevado riesgo de recidiva por el tamaño tumoral se propone tratamiento adyuvante con imatinib.



**Discusión:** Los tumores GIST gástricos son la localización más frecuente y tienen mejor pronóstico que el resto de localizaciones. Debe considerarse que todos los GIST tienen potencial maligno, y deben ser resecados si tienen un tamaño  $> 2$  cm. La resección con márgenes no afectados es la cirugía indicada. En este caso, el gran tamaño tumoral que había pasado inadvertido por el embarazo y puerperio condiciona un mayor riesgo de recidiva por lo que se trata con terapia adyuvante dirigida mediante inhibición KIT.