



## V-026 - TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE GIST DE LA UNIÓN ESÓFAGO-GÁSTRICA: NEOADYUVANCIA Y POSTERIOR RESECCIÓN ENDOSCÓPICA ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA

Espinoza Villalobos, Sofía; Momblán, Dulce; Navarrete, Andrés; Fernández-Esparrach, Ginés; Jiménez, Marta; Ibarzábal, Ainitze; Delgado, Salvadora; Lacy, Antonio María

Hospital Clínic, Barcelona.

### Resumen

**Introducción:** La cirugía es el único tratamiento curativo para los tumores del estroma gastrointestinal (GIST), pero en algunos casos son lesiones localmente avanzadas que pueden precisar grandes cirugías para lograr hacer una resección R0. El uso de imatinib en estos pacientes puede hacer disminuir la lesión para poder realizar una cirugía oncológica menos agresiva y más preservadora de órganos.

**Caso clínico:** Presentamos un caso de un GIST de la unión esófago-gástrica de gran tamaño que gracias al tratamiento multidisciplinar pudimos realizar una cirugía mínimamente invasiva, sin necesidad de gastrectomía. Mujer de 82 años con antecedentes patológicos de HTA y mastectomía izquierda en 1994 por neoplasia de mama. Consulta por disfagia de 1 mes de evolución. La fibrogastroscoopia mostró un pólipo de 5-6 cm en la unión esófago-gástrica con un pedículo corto y ancho. La biopsia demostró un tumor tipo GIST de alto riesgo con un índice mitótico de 20 por 50 campos de gran aumento. Se realizó TEGD y TAC toraco-abdominal que mostraban una lesión en la unión esófago-gástrica de 6-7 cm sin metástasis. Se decidió realizar tratamiento neoadyuvante con imatinib para disminuir el tamaño de la lesión durante 6 meses. Se realizaron TC de control a la semana, a los 2,4 y 6 meses hasta que se objetivó estabilización del tamaño tumoral, el cual pasó de 6-7 cm al inicio a 2,7 cm en el momento de la cirugía. Se realizó una laparoscopia liberando la curvatura menor y mayor en la parte superior gástrica incluyendo el ángulo de His para tener una movilización óptima. Posteriormente, se realizó una fibrogastroscoopia intraoperatoria que evidenció el tumor de unos 2,5 cm localizado en la unión esofagogástrica. Se decidió realizar una resección endoscópica de la lesión con asa de diatermia bajo visión y asistencia laparoscópica. Se extrajo la pieza endoscópicamente por medio de endobag. Finalmente se realizaron puntos de sutura en la serosa para reforzar el área resecada y se creó además un flap gástrico anterior. Se realizó un TEGD el primer día postoperatorio sin hallazgos de extravasación de contraste y con buen paso a nivel del cardias por lo que se inició ingesta oral que toleró de forma correcta y fue dada de alta al tercer día postoperatorio. La biopsia de la pieza quirúrgica mostró una lesión de 3,8 cm con 1 mitosis por cada 50 HPF, clasificada como una lesión de bajo riesgo. Posteriormente tras 12 meses de seguimiento no hay recidiva.

**Discusión:** El tratamiento neoadyuvante con imatinib en tumores del estroma gastrointestinal

puede disminuir de forma importante el tamaño tumoral permitiendo realizar resecciones más económicas sobretodo en localizaciones donde no se puede realizar una resección en cuña como la unión esofagogástrica.