



P-386 - RESECCIÓN EXTENDIDA LAPAROSCÓPICA POR TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL (GIST) RECTAL Y ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA, Y RECONSTRUCCIÓN PERINEAL CON MALLA BIOLÓGICA

Granel Villach, Laura; Casado Rodríguez, David; Gibert Gerez, Juan; Cosa Rodríguez, Rebeca; Rodrigo Aliaga, Miguel; Villarín Rodríguez, Álvaro; Salvador Sanchís, José Luís

Hospital General Castellón, Castellón.

Resumen

Introducción: Los tumores GIST se originan en las células de músculo liso del tracto gastrointestinal, expresando una mutación del gen c-KIT; CD117 y CD34. Su frecuencia estimada en el recto oscila entre el 7-11%. No suelen asociarse con otros tumores. La incidencia máxima es en varones entre la 5^a-6^a décadas de la vida. El tratamiento del GIST rectal localizado en recto inferior con infiltración de esfínteres debe ser la amputación abdominoperineal (AAP). En estos casos de resección extendida el cierre primario de la herida perineal puede ser insuficiente, siendo necesaria la realización de una técnica de reconstrucción perineal con colgajos o flaps miocutáneos. Sin embargo, debido a su complejidad técnica, morbilidad asociada y el aumento de la estancia hospitalaria, la utilización de mallas también juega un papel importante en este tipo de reparación. El objetivo del estudio es la revisión del tumor GIST rectal que asocia un adenocarcinoma de próstata mediante un caso clínico, al mismo tiempo que se discute la indicación de la malla en el cierre perineal de la AAP. Estudio descriptivo retrospectivo de un caso clínico diagnosticado y tratado en nuestro centro.

Caso clínico: Varón de 55 años sin antecedentes de interés que presenta tenesmo rectal y PSA elevado (5,13 ng/ml). En una ecografía endoanal urológica se biopsia, una lesión hipoecogénica en la porción posterosuperior de la próstata compatible con adenocarcinoma (Gleason 3+3), y por otra parte, unas lesiones en el espesor de la cara anterior del recto, a nivel de margen anal, con resultado de tumor GIST, c-KIT y CD34+. Se completó el estudio con una colonoscopia completa y una tomografía axial computarizada, sin describirse nuevas lesiones. La resonancia magnética del recto, confirmó la infiltración de esfínteres. Se decidió abordaje laparoscópico. Primer tiempo: prostatectomía radical, dejando la próstata fija a la cara anterior del recto. Segundo tiempo: escisión mesorrectal completa (TME) hasta plano de elevadores. Tercer tiempo en posición de navaja: abordaje perineal para completar la AAP cilíndrica o extraelevadora y extracción en bloque del rectosigma y próstata. El cierre perineal se realizó con prótesis biológica de dermis porcina de 10 × 10 × 1 cm fijada con suturas continuas irreabsorbibles del 0. Cuarto tiempo en posición de litotomía modificada: realización de anastomosis vesico-uretral y colostomía terminal. El postoperatorio se desarrolló sin incidencias, con buena evolución de la herida perineal. Fue dado de alta a los 15 días.

Discusión: Los GIST rectales son tumores poco frecuentes. Más excepcional es la presencia

sincrónica de un adenocarcinoma prostático. La AAP cilíndrica extendida a próstata en posición de navaja, facilitó la exposición del campo quirúrgico perineal, la resección oncológica y la colocación de la malla. Aunque la utilización de mallas para la reconstrucción perineal tras resección extendida es simple, eficaz y mandatoria, la experiencia acumulada es escasa, siendo necesarios estudios que aclaren sus indicaciones, la elección de los materiales más adecuados y los aspectos técnicos en relación a su colocación.