



## P-191 - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS GIST GÁSTRICOS: EVOLUCIÓN EN EL USO DE LA LAPAROSCOPIA

P. Tejedor Togores<sup>1</sup>, M. Posada González<sup>1</sup>, I. Bodega Quiroga<sup>2</sup>, C. Ferrero San Román<sup>1</sup>, M.L. Sánchez de Molina Rampérez<sup>1</sup>, E. Bernal Sánchez<sup>1</sup> y P. Vorwald<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fundación Jiménez Díaz, Madrid. <sup>2</sup>Hospital Militar Central Gómez Ulla, Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son los tumores mesenquimales más frecuentes del tracto gastrointestinal. Pueden aparecer en cualquier tramo del tubo digestivo, siendo su localización más frecuente el estómago (60%). En la actualidad la cirugía se considera el “gold-standard” de tratamiento de los GIST no metastásicos. Todos los GIST mayores o iguales a 2 cm son, en principio, subsidiarios de tratamiento quirúrgico. Asimismo, deben ser intervenidos aquellos casos que presenten sintomatología asociada. El manejo de los GIST incidentales menores de 2 cm es controvertido, estando aceptada en la actualidad la posibilidad de seguimiento y vigilancia estrecha. Actualmente las guías de la “National Comprehensive Cancer Network” (NCCN) recomiendan el uso de la laparoscopia en tumores de hasta 5 cm. El hecho de que se trate de lesiones fácilmente localizables por su crecimiento extraluminal y que no metastatizan a nivel ganglionar, permite en numerosas ocasiones realizar resecciones segmentarias en cuña. El objetivo de esta comunicación es presentar la experiencia de la Fundación Jiménez Díaz en el tratamiento quirúrgico de esta patología.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo. Criterios de inclusión: Pacientes intervenidos de GIST gástrico en el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo de la Fundación Jiménez Díaz (CD 117 positivo). Se estudia la localización, el tamaño, abordaje quirúrgico empleado así como el grado tumoral que reveló el análisis anatomopatológico.

**Resultados:** Se intervinieron un total de 24 pacientes (12 mujeres y 12 varones) con una mediana de edad de 71 años (rango 41-83). En el 63% de los casos la forma de presentación fue incidental. El 30% de los pacientes se intervino por vía laparoscópica. En estos se realizó resección en cuña mecánica con endograpadora. Dentro del grupo de laparoscopia, la media de tamaño de las lesiones fue de 5,5 cm, sin apreciarse diferencias significativas con la vía abierta (media de tamaño: 6,8 cm). Cabe destacar que dos de los pacientes del grupo de laparoscopia presentaban tumoraciones mayores de 5 cm, pese a lo cual se completó la resección, extrayendo la pieza íntegra en bolsa protectora. En ambos grupos la localización más frecuente fue la cara anterior gástrica (60%). En cuanto al grado de malignidad, en función del tamaño y número de mitosis (Fletcher, 2002), encontramos 3 casos de muy bajo grado (20%), 7 de bajo grado (47%), 4 de grado intermedio (27%) y 10 de alto grado de malignidad (6%). La media de estancia postoperatoria de los intervenidos por laparoscopia fue de 3 días, no encontrando diferencias significativas respecto a los intervenidos por vía abierta (4 días). La mediana de seguimiento es de 27 meses (rango 1-63). Durante este período

se han diagnosticado 3 casos de recidiva tumoral, todos ellos tumores de alto riesgo.

**Conclusiones:** El acceso laparoscópico para el tratamiento de los GIST gástricos ha aumentado con respecto a la vía abierta a lo largo de los años. Aunque distintos autores establecen en 5 cm el límite para el tratamiento laparoscópico de este tipo de lesiones, en nuestro Centro esta técnica se ha revelado como segura y eficaz incluso en tumores de mayor tamaño.