



## P-136 - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST) DE LOCALIZACIÓN SUBCARDIAL

*Navarro García, María Inmaculada; Romera Barba, Elena; Espinosa López, Francisco Javier; Torregrosa Pérez, Nuria; González-Costea Martínez, Rafael; Sánchez Pérez, Ainhoa; García Marcilla, José Antonio; Vázquez Rojas, José Luis*

*Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.*

### Resumen

**Introducción:** Los GIST gástricos son los tumores mesenquimales más frecuentes, representando el 1-3% de las neoplasias malignas gástricas. La cirugía continua siendo el principal arma terapéutica en el GIST gástrico localizado. La técnica quirúrgica empleada mayoritariamente es la resección atípica o "en cuña", y con menor frecuencia son necesarias gastrectomías parciales o totales. La aplicación de técnicas quirúrgicas laparoscópicas está en la actualidad bien aceptada, siempre y cuando se cumplan criterios de radicalidad quirúrgica R0. Sin embargo, la ubicación a veces constituye un desafío, como es el caso de los GIST cercanos a la unión esofagogástrica (menos del 15%), fundamentalmente cuando se quiere realizar cirugías conservadoras, ya que en ocasiones puede ser necesario realizar una gastrectomía total.

**Caso clínico:** Paciente varón de 50 años, sin antecedentes personales de interés, que consultó por dolor epigástrico de 1 mes de evolución. Se realizó gastroscopia hallando lesión submucosa de 7 cm, ubicada a nivel subcardial, adyacente a la unión esofagogástrica, sugestiva de GIST. En el TC se confirmó la presencia del tumor en esa localización y se decidió intervenir mediante laparotomía. Tras realizar una gastrotomía por la cara anterior gástrica, se apreció una tumoración de gran tamaño en cara posterior que afectaba a la unión esofagogástrica. Ante la imposibilidad de realizar una resección atípica, se decide realizar una gastrectomía polar superior y esofagogastrostomía con endograpadora circular. La evolución postoperatoria fue satisfactoria, siendo alta al 7º día postoperatorio. La anatomía patológica de la pieza informó de GIST de 7 cm de diámetro máximo con recuento mitótico menor de 1/50 hpf y positividad para CD117, CD34 y DOG-1. Dado el bajo riesgo de recaída al aplicar los criterios AFIP/Miettinen, se decidió no dar tratamiento con mesilato de imatinib.

**Discusión:** Las resecciones gástricas parciales pueden resultar una alternativa válida para el tratamiento de los GIST cuando el tamaño y la localización la permiten. En el caso de los GIST de la unión esofagogástrica, el tratamiento es controvertido, proponiéndose en muchos casos una gastrectomía total o una gastrectomía polar superior, como ocurrió en nuestro paciente. La gastrectomía atípica laparoscópica y, sobre todo, la cirugía por puerto único asistida por endoscopia intragástrica puede ser una opción factible y segura en casos seleccionados, ya permite adoptar una posición más conservadora en los tumores de esta localización. Sin embargo, en nuestro

caso, el tamaño de la lesión y la proximidad a la unión esofagogástrica no permitieron este tipo de abordaje.