



P-758 - TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL DESPUÉS DE UN *BYPASS* GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO POR OBESIDAD MÓRBIDA: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

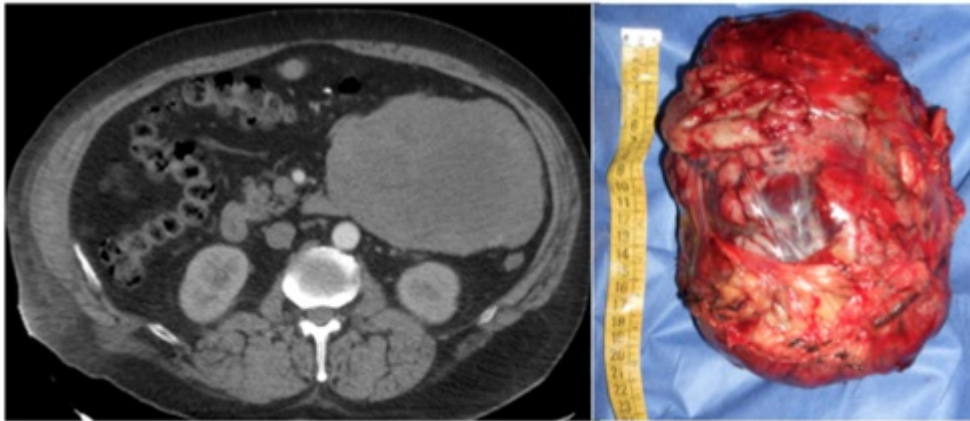
Fernández Hernández, Juan Ángel; Frutos Bernal, María Dolores; Ruiz Manzanera, Juan José; Navarro Barrios, Álvaro; Torres Salmerón, Gloria; Soria Cogollos, Teresa

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son las neoplasias mesenquimales más frecuentes del tracto gastrointestinal, y en el 60% de ellas se localizan en el estómago. La mayoría de los GIST muestran mutaciones en KIT o PDGFRA a las que se dirige el mesilato de imatinib inhibidor de la tirosina quinasa, que puede utilizarse como tratamiento adyuvante para reducir la tasa de recurrencia en pacientes de alto riesgo. El *bypass* gástrico laparoscópico (BGL) es uno de los procedimientos principales para el tratamiento de la obesidad mórbida. La tasa de tumores gástricos en el estómago excluido es baja, siendo el diagnóstico de GIST en el remanente gástrico excluido anecdótico, además de difícil y tardía realización.

Casos clínicos: Caso 1. Mujer de 53 años que se sometió a BGL en 2012 (IMC: 52 kg/m²). Un año después, se realiza estudio mediante TAC que identifica accidentalmente una masa heterogénea de 10 × 12 × 10 cm en el margen inferior del estómago excluido. Con diagnóstico de GIST gástrico CD117 (+), se realizó una gastrectomía abierta del estómago residual. La anatomía patológica reveló un GIST gástrico de células fusiformes de 10 cm, CD117/DOG-1 (+) con 3 mitosis/50HPF (mutación en c-KIT E11). Se trató durante tres años con imatinib adyuvante, encontrándose ahora libre de recurrencia. Caso 2. Varón de 54 años que se sometió a BGL en 2003 (IMC: 54 kg/m²). Dieciséis años después, se realizó un TAC por dolor abdominal y masa palpable que reveló una masa heterogénea bien definida de 16 × 11 cm en el remanente gástrico. Con diagnóstico de GIST gástrico CD117 (+) en la curvatura mayor del estómago excluido (fig.), se realizó una resección gástrica en cuña abierta. La anatomía patológica reveló un GIST gástrico de células fusiformes de 18 × 12 cm, CD117/DOG-1 (+) con 7 mitosis/50HPF (mutación en c-KIT E11). El paciente está bajo tratamiento con imatinib adyuvante.



Discusión: Los tumores malignos en el estómago remanente después de BGL son infrecuentes, siendo el diagnóstico de GIST extremadamente raro. La incidencia de GIST en pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica es mayor que en la población general (0,8% frente a 0,0006-0,0015%). No se descarta la posibilidad de que estos tumores hayan crecido en el remanente gástrico después de BGL (Caso 2). Sin embargo, el lapso de tiempo relativamente corto observado entre el BGL y el diagnóstico de GIST (Caso 1) puede indicar que ya existía durante la cirugía. El diagnóstico de GIST intraoperatoriamente resulta desafiante, ya que la mayoría de estos tumores son pequeños y se pueden ocultar en el tejido adiposo o en pared gástrica posterior. Además, en los BGL las gastrectomías no se realizan, perdiéndose la posibilidad de un diagnóstico patológico. La resección quirúrgica completa sin linfadenectomía es el tratamiento quirúrgico estándar de los GIST. Como en nuestros casos, si el tumor crece en el remanente gástrico después de BGL, se puede realizar una cirugía abierta o una gastrectomía laparoscópica. De acuerdo con los sistemas de estratificación, ambos tumores se clasificaron como de alto riesgo de recurrencia, indicándose el uso de imatinib adyuvante durante tres años.