

Resección laparoscópica de tumor del estroma gástrico

Laparoscopic resection of a gastric stromal tumor

Dra. Norkys Martín Bourricaudy, Dr. Miguel Angel Martinez Alfonso

Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. La Habana, Cuba.

ABSTRACT

Los tumores estromales gastrointestinales son los tumores mesenquimales más frecuentes del tracto digestivo. La mayor prevalencia de esta enfermedad se presenta en el estómago. El tratamiento de elección es la resección del área tumoral con márgenes histológicos sin linfadenectomía. Las técnicas de mínimo acceso muestran una alternativa muy favorable para el tratamiento de los tumores estromales gastrointestinales. Existen reportes aislados en la literatura de estos tumores tratados quirúrgica y oncológicamente. Por la escasa frecuencia con que se presenta la patología y los beneficios que brinda el acceso laparoscópico para su tratamiento, hemos realizado el presente trabajo con el objetivo de describir los aspectos clínicos del diagnóstico y tratamiento de un paciente que presenta tumor de páncreas versus tumor estromal gástrico. Se realiza laparoexploración donde se constata tumor de fundus gástrico, curvatura mayor y realiza resección tumoral laparoscópica. Con evolución favorable, confirmación inmunohistoquímica de tumores estromales gastrointestinales y seguimiento oncológico.

Palabras clave: tumor estromal gastrointestinal, tumor mesenquimal gastrointestinal.

ABSTRACT

Gastrointestinal stromal tumors are the most frequent mesenchymal tumors of the digestive tract. The highest prevalence of the disease is found in the stomach. The treatment of choice is resection of the tumor area with histological borders without lymphadenectomy. The minimal access techniques represent a very favorable alternative to treat gastrointestinal stromal tumors. There are few reports

in literature about surgically and oncologically treated tumors of this type. The uncommon occurrence of this pathology and the benefits of laparoscopic techniques for treatment prompted us to present this paper in order to describe the clinical aspects of diagnosis and treatment of a patient who presented with pancreas tumor vs gastric stromal tumor. A laparoscopic examination was made to confirm the presence of a gastric fundus tumor and greater curvature, so laparoscopic tumor resection was performed, with favorable evolution, immunohistochemical confirmation of gastrointestinal stromal tumors and oncological follow-up.

Keywords: gastrointestinal stromal tumor, gastrointestinal mesenchymal tumor.

INTRODUCCIÓN

Los tumores del estroma gastrointestinal tienen su origen en las células intersticiales de Cajal que constituyen el marcapaso del aparato digestivo, el cual regula su motilidad.^{1,2} Los tumores estromales gastrointestinales (GIST) constituyen los tumores mesenquimatosos más frecuentes del tubo digestivo, representan del 0,1 a 3 %³ de las neoplasias gastrointestinales, luego del adenocarcinoma y el linfoma.⁴ Con una incidencia mundial de aproximadamente 15 por millón;² un 60 % de los GIST se ubican en el estómago, 30 % en el intestino delgado, 5 % en esófago y 5 % en otras localizaciones.⁵ Se presentan con mayor frecuencia entre la quinta y la séptima décadas de la vida, sin ninguna prevalencia en cuanto al género.² En la mayoría de los casos (90 %) la presentación clínica es inespecífica. Los síntomas más frecuentes son hemorragia (50 %), dolor abdominal (20-50 %) y obstrucción (10 %). Para llevar a cabo el diagnóstico se requiere un alto índice de sospecha y recurrir a diferentes procedimientos, como son la endoscopia, ultrasonido transendoscópico y tomografía computarizada.^{17,18} El diagnóstico definitivo se hace por medio de inmunohistoquímica, mediante la expresión del CD 117 que es positivo en 95 % de los casos.³⁻⁵

Su comportamiento es distinto al de los carcinomas. Las metástasis se desarrollan comúnmente en hígado y peritoneo pero son extremadamente raras en nódulos linfáticos locorreionales. Generalmente, muestran un crecimiento extraluminal y raramente a la cavidad abdominal. Aun cuando su comportamiento sea maligno, tiene tendencia al desplazamiento de órganos adyacentes y no a la infiltración. El tratamiento de elección es la resección del área tumoral con márgenes histológicos negativos, donde no es necesaria la linfadenectomía. Las técnicas de mínimo acceso muestran una alternativa muy favorable para el tratamiento de los tumores estromales gastrointestinales.⁶⁻⁸

PRESENTACIÓN DE CASO

Se presenta a un paciente de sexo masculino, mestizo, de 67 años de edad con antecedentes de cardiopatía isquémica controlada con nitrosolvide 3 tab/día e insuficiencia mitral G-1 tratada con digoxina 1 tab/día. Es consultado por dolor epigástrico hacia hipocondrio izquierdo de un año de evolución sin relación con trauma previo, ingestión de alimentos, fármacos ulcerogénicos o ejercicio físico. No se constatan elementos positivos al examen físico.

Se realizan estudios complementarios hemoquímicos que muestran cifras normales. Entre los estudios imaginológicos se realizó ultrasonido abdominal que informó la presencia de una imagen compleja a predominio sólido con zonas de necrosis que se proyectaba hacia el estómago y cola de páncreas. La tomografía axial computadorizada (TAC) con cortes axiales y reconstrucciones coronales y sagitales, reveló masa tumoral de 80 × 70 mm, heterogénea, con presencia de áreas de necrosis a nivel de la curvatura mayor y pared posterior del estómago. Todo ello, con crecimiento exofítico que desplazaba y comprimía las estructuras abdominales, al contactar con cara anterior del cuerpo y cola del páncreas. Esto se interpretó como una tumoración intramural del estómago vs tumor de páncreas. Se realizó endoscopia superior que mostró compresión extrínseca a nivel del fundus gástrico, curvatura mayor. Se realizó laparoexploración con neumoperitoneo a 15 mm/Hg con CO₂ por acceso supraumbilical, con óptica de 30° puerto de 10 mm, 4 trocares accesorios en posición similiar a la utilizada para tratamiento laparoscópico de afecciones de hiato esofágico. Al abrir la transcavidad de epiplones, se encontró un tumor de cara posterior de fundus gástrico de 8 × 7 cm polilobulado y adherido a hilio esplénico (Fig. 1). Se realiza resección de vasos cortos por encima de polo inferior del bazo hasta primer vaso corto, con bisturí armónico. Se libera fundus gástrico totalmente del diafragma. Se libera tumor de adherencias a colon y bazo.



Fig. 1. Tumor de cara posterior de fundus gástrico.

Se realiza transección de tumor gástrico pediculado con endogía lineal azul straight (60 × 3,5) (Fig. 2). Se comprueba la hemostasia y hermeticidad de la sutura instilando suero intrabdominal e insuflando estómago con levin.

Extracción de la pieza mediante ampliación de puerto pararectal izquierdo en endobolsa (Fig. 3).



Fig. 2. Transección de tumor con endogía lineal.



Fig. 3. Extracción de pieza en endobolsa.

Se colocó dren de penthouse a nivel de transcavidad de epiplones, próximo al sitio de la sutura intestinal. Cierre de fascia y piel con sutura medianamente y no absorbible respectivamente de la forma habitual.

El paciente tuvo una evolución posoperatoria favorable. Salió del salón sin levin, tolera vía oral a las 24 horas, se retira dren abdominal seco a las 48 horas dando alta hospitalaria. Resultados de la biopsia: tumor fusocelular de estroma gastrointestinal tipo GIST de la pared gástrica de bajo riesgo de comportamiento agresivo. Con extensas áreas de esclerosis e hialinización. Tamaño del tumor 6 cm. Índice mitótico de 1 mitosis por 50 HPF. Inmunohistoquímica: CD 117 y CD 34 positivo +++. Alfa actina y s 100 negativos Ki positiva en el 1 % de los núcleos tumorales.

DISCUSIÓN

El estómago es el sitio más común para desarrollo de los GIST. En 1765, en una serie de pacientes, el sangramiento gastrointestinal fue la forma de presentación más frecuente, ocasionalmente constituyen hallazgos quirúrgicos en el transcurso de otras cirugías y el pronóstico fue usualmente bueno. La mortalidad total relacionada con el tumor fue de 17 %. Los tumores eran menores de 10 cm, menos del 2 %. Incluso, los tumores mayores de 10 cm con un conteo bajo de mitosis estuvieron asociados con un bajo riesgo (12 %) de desarrollar metástasis subsecuentes. Este tipo de tumores, raramente desarrollan recurrencia locoregional, los cuales apoyan la práctica de resecciones gástricas limitadas con márgenes libres de tumor.^{1,3,7,8}

Debe tenerse especial cuidado con la ruptura del tumor, lo que es equivalente en términos de pronóstico a una resección quirúrgica incompleta.⁹⁻¹¹ Numerosas series quirúrgicas han reportado que la resección laparoscópica de los GIST gástricos es segura y oncológicamente adecuada.^{8,9} Los cirujanos deben estar preparados para la rápida conversión cuando se presente fragilidad o hemorragia del tumor. La identificación perioperatoria del sitio del tumor es más importante que la talla para decidir una estrategia quirúrgica óptima, incluyendo la extensión de la resección gástrica. La endoscopia puede influir al respecto, teniendo en cuenta los aportes tomográficos y la fluoroscopia contrastada antes de planear la laparoscopia.^{10,11}

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mendívil R, Cabanillas JL, Lozano N, De la Cruz M, Mendívil R. Tumor estromal gastrointestinal. *An Fac Med.* 2010;71(2):127-31.
2. Bensimhon D, Soyer P, Boudiaf M, Fargeaudou Y, Nemeth J, Pocard M, et al. Imaging of gastrointestinal stromal tumors. *J Radiol.* 2009;90(4):469-80.
3. Jiménez M, Costa D, López-Andújar R, Mir J, Velasco JA. Retroperitoneal GIST: an unusual location for a rare tumour. *Cir Esp.* 2010;87(4):263-4.
4. Laurini JA, Carter JE. Gastrointestinal stromal tumors: a review of the literature. *Arch Pathol Lab Med.* 2010;134:134-41.
5. Heger U, Weitz J, Lordick F. Indications for pre- and postoperative treatment with imatinib for gastrointestinal stromal tumors. *Chirurg.* 2008;79(7):630-7.
6. Dematteo RP, Ballman KV, Antonescu CR, Maki RG, Pisters PW, Demetri GD, et al. Adjuvant imatinib mesylate after resection of localised, primary gastrointestinal stromal tumour: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet.* 2009;373(9669):1097-104.
7. Fernández JA, Parrilla P. Surgical treatment of an advanced GIST the age of imatinib. *Cir Esp.* 2009;86(1):3-12.

8. Fernández JÁ, Sánchez-Cánovas ME, Parrilla P. Controversias en el tratamiento quirúrgico de los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) primarios. Elsevier Cirugía Española, 2010.
9. Gervaz P, Huber O, Morel P. Surgical management of gastrointestinal stromal tumours. Br J Surg. 2009;96:567–78.
10. Everett M, Gutman H. Surgical management of gastrointestinal stromal tumors: Analysis of outcome with respect to surgical margins and technique. J Surg Oncol. 2008;98:588–93.
11. Oida Y, Motojuku M, Morikawa G, Mukai M, Shimizu K, Imaizumi T, Makuuchi H. Laparoscopic-assisted resection of gastrointestinal stromal tumor in small intestine. Hepatogastroenterology. 2008;55(81):146-9.

Recibido: 22 de octubre de 2014.

Aprobado: 24 de noviembre de 2014.

Norkys Martín Bourricaudy. Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso.
La Habana, Cuba. Correo electrónico: norkys.martin@infomed.sld.cu