RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE GIST GÁSTRICO DE 8.2 CM, HALLAZGO INCIDENTAL EN PACIENTE ASINTOMÁTICA DE 62 AÑOS EN PANAMÁ, 2026

LOW, F., MEREL, M. MILLER, M., MOLINA, S., NIETO,
· ESTUDIANTES DE DÉCIMO SEMESTRE DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE PANAMÁ · CÁTEDRA DE CIRUGÍA

RESUMEN

El tumor del estroma gastrointestinal (GIST) es el tumor mesenquimal más frecuente del tubo digestivo, con una incidencia de 10 a 15 casos por millón de habitantes al año; cerca del 60 % se origina en el estómago[1,2]. Surge de las células intersticiales de Cajal y en la mayoría de los casos expresa CD117 (c-KIT) por mutaciones de KIT[1]. Muchos son asintomáticos y se descubren de forma incidental, por lo que reconocerlos y tratarlos con resección completa es clave para el pronóstico. **Objetivo:** describir el caso de un GIST gástrico de 8.2 cm, de hallazgo incidental, tratado mediante resección laparoscópica, y analizar según la literatura los factores que definen su riesgo de progresión y su manejo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 62 años, sin antecedentes patológicos ni tratamiento habitual, con colecistectomía y cesárea previas. En una consulta ginecológica, un ultrasonido abdominal mostró de forma incidental una masa gástrica. Asintomática, fue referida a cirugía.

Examen físico: peso 93.89 kg, talla 163 cm, IMC 35.34 kg/m². PA 157/96 mmHg, FC 95 lpm, FR 20 rpm, T 36.3 °C, $SatO_2$ 99 %. Abdomen blando, depresible, no doloroso, sin masas ni visceromegalias palpables.

Diagnóstico: la TC y la biopsia confirmaron un tumor de 6 cm hacia la curvatura menor, compatible con GIST, CD117 (c-KIT) positivo.



Fig. 1. TC de abdomen con contraste, corte axial: masa gástrica heterogénea (flecha).

MANEJO QUIRÚRGICO

Se realizó una gastrectomía parcial laparoscópica: trocar umbilical de 10 mm con técnica de Hasson, neumoperitoneo con CO_2 a 14 mmHg y tres trocares de 5 mm (dos en hipocondrio izquierdo y uno en el derecho). Con retractor hepático se movilizaron las curvaturas mayor y menor, se visualizó el tumor y se resecó con grapadora lineal GIA de 60 mm (carga morada) en tres disparos. Se realizó hemostasia, lavado con SSN y extracción del espécimen por incisión de Pfannenstiel.

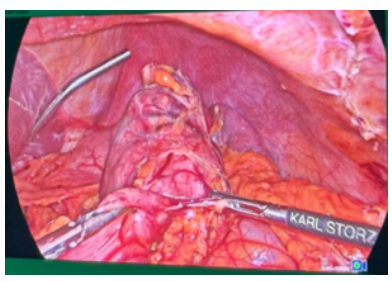


Fig. 2. Tumor en la cirugía.

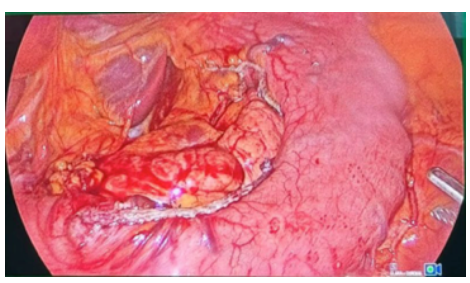


Fig. 3. Resultado final.



Fig. 4. Tumor resecado.

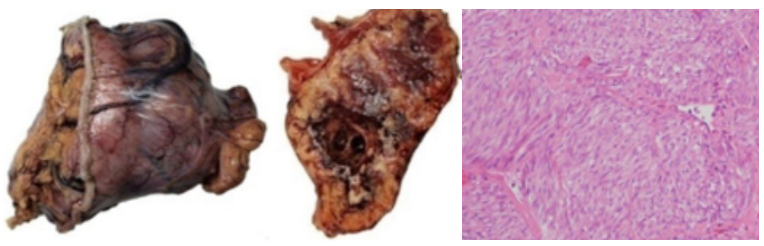


Fig. 5. Pieza y corte macroscópico; histología con células fusiformes (H&E).

Patología: tumor del estroma gastrointestinal de células fusiformes, 8.2 cm, grado histológico 1, 2 mitosis en 50 campos, necrosis de aproximadamente 30 %, márgenes negativos, pT3.
Riesgo de progresión: bajo (3.6 %).
Evolución: la paciente fue evaluada al día siguiente de la cirugía y su evolución era favorable.

DISCUSIÓN

- Los GIST presentan manifestaciones variables y pueden detectarse incidentalmente. En una serie de 47 pacientes, el 19.1 % tuvo diagnóstico incidental [5]. En esta paciente, destaca el hallazgo de una lesión de 8.2 cm en ausencia de síntomas.
- El diagnóstico diferencial incluye otros tumores mesenquimales, como leiomiomas y schwannomas. La positividad para CD117 (c-KIT) respaldó el diagnóstico de GIST [6,7].
- La resección quirúrgica completa es el tratamiento de elección en GIST localizados. La laparoscopia puede considerarse en casos seleccionados según el tamaño y la localización tumoral. En esta paciente, se completó la resección por vía laparoscópica, sin conversión a cirugía abierta. No se realizó linfadenectomía, procedimiento que no suele indicarse de rutina debido a la baja frecuencia de diseminación ganglionar. La anatomía patológica reportó márgenes negativos [6–8].
- El riesgo de progresión se determina considerando el tamaño, índice mitótico, localización y ruptura tumoral. En este caso, se reportó bajo riesgo (3.6 %), por lo que habitualmente no se indica imatinib adyuvante [6,7].

CONCLUSIÓN

Este caso muestra que un GIST gástrico puede alcanzar 8.2 cm sin producir síntomas y descubrirse de forma incidental. En un estudio, cerca de 1 de cada 5 pacientes con GIST tuvo un diagnóstico incidental. El CD117 positivo respaldó el diagnóstico frente a otros tumores mesenquimales, como leiomiomas y schwannomas. La resección laparoscópica fue completa: sin conversión a cirugía abierta, con márgenes negativos y sin linfadenectomía, que no se hace de rutina porque estos tumores rara vez llegan a los ganglios. El pronóstico depende no solo del tamaño, sino también del índice mitótico, la localización y la ruptura tumoral. Aquí el riesgo de progresión fue bajo (3.6 %), con pocas células en división (2 mitosis en 50 campos), por lo que normalmente no se da imatinib y se recomiendan controles periódicos con examen clínico e imágenes. Su evolución fue favorable al día siguiente, pero un solo caso no permite hablar de recurrencia.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. Casali PG, et al. Gastrointestinal stromal tumours: ESMO–EURACAN–GENTURIS Clinical Practice Guidelines. Ann Oncol. 2022;33(1):20-33.
2. Miettinen M, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors: pathology and prognosis at different sites. Semin Diagn Pathol. 2006;23(2):70-83.
3. Joensuu H. Risk stratification of patients diagnosed with gastrointestinal stromal tumor. Hum Pathol. 2008;39(10):1411-9.
4. von Mehren M, et al. Soft Tissue Sarcoma, Version 2.2022, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2022;20(7):815-33.
5. Caterino S, Lorenzon L, Petrucciani N, Iannicelli E, Pilozzi E, Romiti A, et al. Gastrointestinal stromal tumors: correlation between symptoms at presentation, tumor location and prognostic factors in 47 consecutive patients. World J Surg Oncol. 2011;9:13. doi:10.1186/1477-7819-9-13.
6. Hirota S, Tateishi U, Nakamoto Y, Yamamoto H, Sakurai S, Kikuchi H, et al. English version of Japanese Clinical Practice Guidelines 2022 for gastrointestinal stromal tumor (GIST) issued by the Japan Society of Clinical Oncology. Int J Clin Oncol. 2024;29(6):647-680. doi:10.1007/s10147-024-02488-1.
7. Serrano C, Álvarez R, Carrasco JA, Marquina G, Martínez-García J, Martínez-Marín V, et al. SEOM-GEIS clinical guideline for gastrointestinal stromal tumors (2022). Clin Transl Oncol. 2023;25(9):2707-2717. doi:10.1007/s12094-023-03177-
8. Judson I, Jones RL, Wong NACS, Dileo P, Bulusu R, Smith M, et al. Gastrointestinal stromal tumour (GIST): British Sarcoma Group clinical practice guidelines. Br J Cancer. 2025;132(1):1-10. doi:10.1038/s41416-024-02672-0.