



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-194 - CIRUGÍA DE LOS TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL. REVISIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS

P. González Benjumea, Á. Rodríguez Padilla, D. Bejarano González Serna, R. Martín García de Arboleya, M.J. Perea Sánchez, G. Morales Martín, B. García del Pino y J. Candón Vázquez

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Resumen

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal son poco frecuentes, con una incidencia de 10-20 casos por millón habitantes/año. Aparecen en el tubo digestivo, mesenterio o epiplón adyacente, siendo más frecuentes en estómago (60-70%), intestino delgado (20-25%), colon y recto (5%) y esófago (5%). Su presentación varía desde pequeños nódulos asintomáticos hasta formas más agresivas. El diagnóstico definitivo es anatomopatológico e inmunohistoquímico, clasificándolos en base al riesgo de aparición de metástasis según los criterios de Fletcher y Miettinen. La resección quirúrgica es el tratamiento estándar en los GIST primarios localizados.

Métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de GIST primarios intervenidos en nuestro centro entre 2009-2013. Se analizan las variables de mayor relevancia, criterios pronóstico de recidiva y análisis de la supervivencia libre de recaída (SLR) con curvas de Kaplan-Meier.

Resultados: Presentamos una serie de 30 pacientes, 12 mujeres y 18 hombres, con edad media de 65 años (intervalo 40-84 años). La localización más frecuente fue estómago (n = 14, 46,6%), intestino delgado (n = 9, 30%), extragastrointestinales (n = 3, 10%), colon y recto (n = 2, 6,7%) y duodeno (n = 2, 6,7%). La cirugía fue R0 en 77% casos, del 33% restante 10% presentaba afectación de los bordes de resección, 10% metástasis al diagnóstico y un 3% ambos. El diámetro tumoral medio fue de 5,3 (0,5-18). El 80% presentan un índice mitótico bajo, sólo un 10% presentaba necrosis y otro 10% invasión local. Al aplicar los criterios de riesgo de recaída según el consenso NHI/clasificación de Fletcher: alto 23,3% (n = 7), intermedio 20% (n = 6), bajo 40% (n = 12) y muy bajo 16,7% (n = 5); y según criterios de AFIP/clasificación de Miettinen: elevado 13,3% (n = 4), moderado 20% (n = 6), bajo en 23,3% (n = 7), muy bajo 16,7% (n = 5) y ninguno en 26,7% (n = 8). Un total de 14 pacientes recibieron tratamiento adyuvante con imatinib (400 mg/día): 7 casos con riesgo alto, 4 casos con riesgo intermedio y 3 casos de riesgo bajo según los criterios de NIH; 4 casos de riesgo alto, 5 casos de riesgo intermedio y 5 casos de riesgo bajo según los criterios de AFIP. Tras un seguimiento medio 31,2 meses (intervalo de tiempo 6-62 meses), se detectó recaída en 4 pacientes (los 4 tratados previamente con imatinib y solo uno de riesgo bajo para ambas clasificaciones), progresión y exitus en 1, exitus en 3 y exitus en el postoperatorio inmediato en 1. La SLR al año fue del 96,7%, siendo del 89,2% a los 4 años. El tiempo medio de supervivencia fue de 56,2 meses (IC95% 51,8-60,6). Destaca la presencia de segundas neoplasias primarias en 20% de los pacientes.

Conclusiones: En los casos observados en nuestra serie, al igual que en la literatura existe predominio del sexo masculino, edad media superior a los 50 años y con mayor frecuencia localización gástrica. Alta SLR y

buena correlación con los criterios pronósticos tanto de Fletcher como de Miettinen. La actitud recomendada tras una cirugía radical es el seguimiento. En pacientes seleccionados con un riesgo de recaída el tratamiento adyuvante con imatinib retrasa la progresión de la enfermedad y aumenta la supervivencia.