



## P-464 - CIRUGÍA DEL GIST GÁSTRICO GIGANTE TRAS TRATAMIENTO PREOPERATORIO CON IMATINIB

E. Romera Barba, F.J. Espinosa López, A. Sánchez Pérez, J. Castañer Ramón-Llín, I. Navarro García, S. Gálvez Pastor, A. García López, N. Torregrosa Pérez, J.M. Alarte Garví, J.A. García Marcilla y J.L. Vázquez Rojas

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

### Resumen

**Introducción:** La resección quirúrgica completa es el tratamiento de elección de los tumores estromales gastrointestinales (GIST). Sin embargo, con frecuencia, las lesiones son irresecables en el momento de su diagnóstico, bien por su tamaño, o bien porque su localización condiciona un riesgo inaceptable de morbimortalidad.

**Casos clínicos:** Presentamos tres pacientes, 2 varones y una mujer con una edad media de 76 años (rango 75-78 años) con GIST gástrico gigante (tamaño medio 22 cm; rango 17-27 cm). En los tres casos la clínica se caracterizó por epigastralgia y masa abdominal palpable. La gastroscopia informó de úlcera de bordes fibrinados en un caso y compresión extrínseca del estómago en los otros dos. En el TC se evidenció la existencia de una masa gástrica dependiente de la curvadura menor en un caso y de la curvadura mayor en los otros dos, estando incluido el bazo en la masa en uno de ellos. En los tres pacientes se realizó BAG de la masa que confirmó el diagnóstico de GIST. Por su tamaño se consideraron irresecables con criterios oncológicos y se indicó neoadyuvancia con Gleevec® (400 mg/día) durante 6 meses, que fue bien tolerada en los tres casos. En el TC de control realizado a los 6 meses se objetivó una respuesta parcial con disminución de la lesión que osciló entre el 50 y el 35%. Se realizó una laparotomía media en los tres pacientes, practicándose una resección completa que consistió: en gastrectomía subtotal y gastroyeyunostomía en Y de Roux en un paciente y, gastrectomía atípica en los otros dos, asociada a esplenectomía en uno de ellos. Los tres pacientes fueron dados de alta al 8º día postoperatorio tras una evolución sin complicaciones. La anatomía patológica informó de GIST gástrico con márgenes de resección libres, más de 10 mitosis/50 hpf y un índice de necrosis tumoral entre el 10-80%. Tras la cirugía continúan en tratamiento con Gleevec® como terapia adyuvante, no habiéndose objetivado recidivas tras un seguimiento medio de 6 meses.

**Discusión:** La resección completa es un factor pronóstico importante en los GIST. Sin embargo, en ocasiones, debido al tamaño o su localización, es necesario realizar resecciones muy extensas y agresivas, con riesgo de producirse pérdidas funcionales importantes. En estos casos, el uso neoadyuvante del imatinib puede facilitar la resección completa, al disminuir el tamaño de la lesión como ocurrió en nuestros casos. La biopsia previa es obligatoria, y, si fuera posible, el análisis mutacional para excluir los perfiles menos sensibles a imatinib. La monitorización de la respuesta debe ser muy estrecha. En este sentido, la prueba de imagen más usada es el TC por su

accesibilidad, sin embargo, el PET puede ser de mayor valor ya que los resultados funcionales preceden a los morfológicos. Con ello se podría predecir la respuesta a imatinib y modificar el abordaje (ajustar dosis, emplear agentes de segunda línea o pasar directamente a cirugía). Diferentes estudios corroboran nuestros resultados, sin embargo, queda por definir la dosis y, la duración del tratamiento, 6 o 12 meses, antes de plantear la cirugía.