



Cirugía Española

**CIRUGÍA
ESPAÑOLA**

Volumen 91, Especial Congreso 2, Octubre 2013

XIX Reunión Nacional de Cirugía

Madrid, 25-26 de octubre de 2013



www.elsevier.es/cirugia

P-460 - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS TUMORES GIST. ANÁLISIS DE NUESTROS RESULTADOS

C. Gracia Roche, J. Bernal Jaulín, M.L. Gutiérrez Díez, R. Cerdán Pascual, I. Gascón Ferrer, S. Paterna López, M.N. Sánchez Fuentes y J.M. Esarte Muniain Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Resumen

Objetivos: Los tumores GIST son las neoplasias de origen mesenquimal más frecuentes de todo el tracto digestivo, representando el 1% del total. Su principal localización es gástrica, y en segundo lugar a nivel de intestino delgado. Analizamos nuestros resultados en el tratamiento de estos tumores.

Métodos: Hemos realizado un estudio retrospectivo y descriptivo de 53 pacientes intervenidos a consecuencia de un tumor GIST en los últimos 8 años en la Unidad de Cirugía Esófago-gástrica de nuestro Hospital. Las variables analizadas son edad, sexo, presentación clínica, localización, pruebas diagnósticas, intervención quirúrgica, morbi-mortalidad, estancia media, histología e inmunohistoquímica, adyuvancia y seguimiento.

Resultados: Se han estudiado 53 pacientes diagnosticados de tumor GIST, 28 hombres (52,8%) y 25 (47,2%) mujeres, con una edad media de 65,5 años (33-90). La clínica de presentación fue melenas en el 33,3% de los casos, hematemesis en el 13,7%, incidental en el 25,5%, dolor abdominal en el 13,7%, síndrome constitucional en el 7,8%, anemia en el 7,8% y un paciente rectorragias (2%). Se realizó TC al 96,1% de los pacientes, endoscopia digestiva alta al 80,4%, tránsito baritado al 29,4% y ecoendoscopia a 5,9%. Se tomaron biopsias a 23 pacientes siendo positivas para GIST en 11 (50%) de ellos. La localización fue estómago en 29 casos (54,7%), yeyuno 13 casos (24,5%), duodeno 6 casos (11,3%), íleon 1 caso (1,9%), recto 1 caso (1,9%) y epiplón mayor 1 caso (1,9%). Dos de los casos (3,8%) eran secundarios, uno localizado en mesenterio y otro correspondía a una diseminación peritoneal. La cirugía realizada fue: gastrectomía total en 2 casos, gastrectomía subtotal en 7 casos, gastrectomía parcial atípica en 18 casos, duodenopancreatectomía cefálica en 2 casos, tumorectomía con márgenes en 6 casos, 16 casos de resección de intestino delgado (alguno de ellos múltiple), omentectomía incluyendo la tumoración en 1 caso, y una intervención de Miles en un caso. El abordaje fue laparoscópico en el 30,2% (16) de los casos. La morbilidad fue del 15,3%, presentando complicaciones médicas el 3,8% de los pacientes y quirúrgicas el 11,3%. Un paciente (1,9%) fue reintervenido por hemorragia. No hubo mortalidad postoperatoria. La estancia media fue de 8,2 días. En cuanto al estudio anatomopatológico el 73,6% de los tumores presentaban una celularidad fusiforme, el 7,5% epitelioide y el 18,9% de tipo mixto. El tamaño medio fue de 6,8 cm. El 96,2% expresaba el gen c-KIT. En 8 casos se ha realizado terapia adyuvante con imatinib. En el seguimiento 5 pacientes han presentado recidiva neoplásica, falleciendo dos de ellos por progresión. Hemos clasificado los tumores según sus características histopatológicas en las tablas de riesgo de Fletcher y modificada de Huang y de pronóstico de Miettinen.

Conclusiones: La localización más frecuente de los tumores GIST es gástrica, seguida por el ID. El principal factor pronóstico en los GIST localizados es la exéresis quirúrgica con márgenes libres. En nuestra serie la morbi-mortalidad es baja. El tratamiento farmacológico con imatinib tras la resección quirúrgica se debe

valorar en los tumores con factores de riesgo de mal pronóstico.