



P-467 - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL GIST GÁSTRICO. PRESENTACIÓN DE 10 CASOS

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

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Resumen

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son los tumores mesenquimales más frecuentes del tubo digestivo, localizándose más del 50% en el estómago. Su perfil inmunohistoquímico se caracteriza por la positividad para CD117 (c-Kit receptor tirosincinasa), CD34 y vimentina. La cirugía es la principal arma terapéutica, si bien la introducción del imatinib o STI- 571, fármaco que bloquea específicamente este receptor, ha modificado el pronóstico, especialmente en caso de recurrencia, metástasis o irreseccabilidad.

Objetivos: Presentar la experiencia de nuestro servicio en el manejo del GIST gástrico en la era del imatinib.

Casos clínicos: Entre enero de 2011 y enero de 2013 se intervino a 10 pacientes, 7 mujeres y 3 varones, con una edad media de 72 años (rango 59-79). La localización fue: tercio proximal 2 casos (20%), tercio medio 6 casos (60%) y tercio distal 2 casos (20%). Clínicamente 3 pacientes presentaron una HDA (melenas), 3 dolor y masa abdominal palpable y 4 fueron un hallazgo casual. El diagnóstico se estableció mediante TC abdominal en 6 casos y por endoscopia en los 4 restantes. La confirmación anatomopatológica preoperatoria sólo se realizó en 3 pacientes con tumores de gran tamaño en los que se decidió realizar neoadyuvancia con imatinib. En nueve se realizó una laparotomía media y en uno se realizó abordaje laparoscópico. La técnica quirúrgica fue gastrectomía atípica en 8 pacientes, gastrectomía subtotal en 2 y resección en bloque incluyendo el bazo en 1. En todos los enfermos la cirugía fue R0, lo que se confirmó histológicamente. La media del diámetro tumoral fue de 8 cm (rango 3-27). 5 tumores presentaban un índice mitótico inferior a 5 mitosis/50 hpf (50%), 4 entre 6-10 mitosis/50 hpf (40%) y 1 mayor de 10 mitosis/50 hpf (10%). El estudio inmunohistoquímico mostró positividad para CD117, CD34 en todos los casos. No hubo morbi-mortalidad postoperatoria. 4 pacientes (40%) recibieron tratamiento adyuvante con imatinib, todos ellos con tumor de alto riesgo según los criterios AFIP. Tras una media de seguimiento de 8 meses (rango 2-21), todos los pacientes permanecieron libres de enfermedad.

Conclusiones: La cirugía constituye el tratamiento de elección en el GIST gástrico localizado. La técnica quirúrgica empleada mayoritariamente es la gastrectomía atípica, con menor frecuencia es necesaria una gastrectomía reglada. El abordaje laparoscópico está ampliamente aceptado en

tumores < 5 cm, siempre y cuando se cumplan criterios de radicalidad quirúrgica R0. En pacientes con lesiones irresecables por su tamaño o localización, el uso del imatinib como tratamiento neoadyuvante reduce el tamaño tumoral y lo que permitiría resecciones R0, como ocurrió en 3 de nuestros casos. Alrededor de la mitad de los pacientes con resección completa presenta recidiva local, siendo la supervivencia global a los 5 años del 50%. En la actualidad está en estudio el tratamiento adyuvante con imatinib en pacientes con enfermedad localizada completamente reseca, tanto en la dosis como en la duración del mismo, aunque los resultados de ensayos clínicos ya finalizados parecen apoyar su uso. La resección quirúrgica completa es el tratamiento de elección de los GIST, si bien la introducción del tratamiento adyuvante con imatinib parece ofrecer resultados esperanzadores en pacientes con tumores de moderado-alto riesgo o con resecciones incompletas.