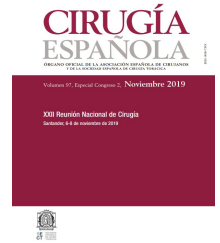




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-158 - GIST GÁSTRICOS ¿HA CAMBIADO ALGO EN 10 AÑOS?

López Otero, Marta; Otero Martínez, Isabel; Pardellas Rivera, María Hermelinda; Maruri Chimeno, Ignacio; Jove Albores, Patricia; González Fernández, Sonia; Sánchez Santos, Raquel

Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo.

Resumen

Objetivos: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son las neoplasias mesenquimales más habituales en la cavidad abdominal. Se trata de tumores esporádicos y de baja incidencia, observándose habitualmente entre la quinta y la séptima década de vida. Se extienden a lo largo de todo el tracto digestivo, pero su localización más habitual es la pared gástrica (más del 50%). Pese a ello, suponen menos del 5% de los tumores gástricos. Habitualmente son hallazgos incidentales en estudios de extensión. Cuando presentan manifestaciones clínicas éstas dependen directamente del tamaño de la masa y su localización. El tamaño tumoral y el índice mitótico son los factores pronósticos determinantes en cuanto riesgo de malignidad y supervivencia. La cirugía sigue siendo el tratamiento de elección, debe ser agresiva y cumplir criterios R0. Nuestro objetivo es valorar la evolución en el manejo los casos de GIST gástricos intervenidos por nuestra unidad en la última década.

Métodos: Estudio retrospectivo sobre una base de datos de GIST gástricos intervenidos entre 2009 y 2019 (n = 38). La media de edad al diagnóstico fue de 68,2 años (40-85), con una distribución equitativa por sexos. 13 de los casos fueron diagnosticados de forma casual mientras que los 25 restantes eran sintomáticos (dolor abdominal, síndrome constitucional, melenas, astenia, hematemesis). Tras un estudio de extensión que incluye TC, RNM, EDA y ECO-EDA, objetivamos 38 neoplasias gástricas compatibles con GIST de entre 1 y 22 cm de diámetro máximo, con distribución mayoritaria a nivel de curvatura mayor (n = 18) y antro (n = 8). Solo dos de los pacientes recibieron neoadyuvancia con imatinib. Se realizan 32 gastrectomías atípicas mediante resección simple, dos de ellas transgástricas, mientras que 6 casos requieren una gastrectomía total o subtotal con reconstrucción mediante Y de Roux (7 accesos laparotómicos frente a 31 laparoscópicos). 10 casos presentaron cirugía asociada (colecistectomía, pancreatomectomía caudal o esplenectomía).

Resultados: El tiempo medio de intervención fue de 91,7 minutos (72 minutos en los accesos laparoscópicos y 125 en los laparotómicos). Existieron complicaciones postoperatorias en 9 pacientes, la mayoría Clavien Dindo I, y fue necesaria una reintervención por estenosis gástrica. En cuanto a la pieza, todos los casos presentaron positividad inmunohistoquímica para C-Kit y 28 de ellos objetivaban menos de 5 mitosis por 50 CGA. En 7 de los pacientes se realizó tratamiento adyuvante con imatinib, existiendo recidiva en 4 de ellos al año de la intervención. Solo uno de los casos se sometió a una segunda cirugía de resección.

Conclusiones: Emplear un abordaje laparoscópico no solo reduce significativamente el estrés perioperatorio del paciente (menos complicaciones postoperatorias, reintervenciones y estancia media), suponiendo una gestión clínica más eficiente. El imatinib como terapia adyuvante mejora la supervivencia de estos pacientes reduciendo el riesgo de recidiva en aquellos GIST con criterios de alto riesgo. Se emplea exitosamente como

tratamiento neoadyuvante en tumores localmente avanzados o de grandes dimensiones con el fin de mejorar su resecabilidad. Debe priorizarse una línea de tratamiento multidisciplinar en la que cirujanos, oncólogos y anatomopatólogos colaboren para ofrecer un manejo individualizado para cada paciente con GIST.