



P-161 - GIST GÁSTRICOS Y DUODENALES, DESCRIPCIÓN DE 6 CASOS EN NUESTRO CENTRO

Cases Baldó, M.^a José; Davó Pérez, Cristina Isabel; Pellicer Sánchez, Virginia; Sánchez Corral, Julio; Rodríguez Cazaya, Lorena; Menarguez Pina, Francisco José; Morcillo Rodenas, Miguel Ángel

Hospital Vega Baja, San Bartolomé.

Resumen

Introducción: Los tumores estromales gastrointestinales (GIST) representan el 2% de las neoplasias gastrointestinales. La localización más frecuente es el estómago (60%), seguido del intestino delgado (30%) siendo infrecuentes en duodeno (4-5%), recto (4%), colon, apéndice o esófago. Los GIST gástricos pueden presentarse con sangrado, epigastralgia o pirosis. Con frecuencia se descubren como hallazgos incidentales durante endoscopias o pruebas de imagen. El TAC y la RNM son útiles para su estratificación y descartar metástasis. No suelen presentar afectación ganglionar. La ecoendoscopia es recomendable ya que permite identificar la capa de la que procede el tumor y realizar punción biopsia. La mayoría (95%) expresan KIT (CD117) y el 80% se producen por una mutación en el gen que activa dicho receptor. Otro 5-10% carecen de mutación KIT o PDGFRA (tumores succinato deshidrogenasa deficientes) y un pequeño grupo muestran mutaciones inactivadoras del NF1 o activadoras de BRAF. La mayoría de las mutaciones de KIT suceden en el exón 11 y 9 siendo más agresivos. Las mutaciones del PDGFRA afectan al exón 18 y suelen corresponder a tumores gástricos. El tratamiento es la resección quirúrgica con márgenes sin linfadenectomía y los inhibidores de tirosina quinasa en tumores metastásicos o irresecables.

Objetivos: Describir los pacientes intervenido de GIST gástrico y duodenal analizando su presentación clínica, tratamiento quirúrgico, perfil inmunohistoquímico, supervivencia y seguimiento.

Resultados: Desde julio 2019 hasta enero 2024 se han operado en nuestro centro un total de 6 pacientes, 4 con localización gástrica y 2 duodenal. 4 fueron hombres y 2 mujeres con una edad media de 63 años (52-76). El síntomas más frecuente fue la epigastralgia y el sangrado. De los tumores gástricos, 2 se localizaban en cuerpo, uno en fundus y otro en la UEG. Los tumores duodenales se localizaban en 3^a y 4^a porción duodenal. Dos pacientes con GIST gástrico se operaron por laparoscopia y el resto por laparotomía. Solo el paciente con GIST en 3^a porción duodenal recibió tratamiento neoadyuvante con imatinib. Quirúrgicamente se realizó resección local con margen sano para todos los tumores gástricos y duodenales. No fue preciso realizar DPC. La paciente con tumor en 3.^a porción duodenal presentó como complicación fuga duodenal que precisó reintervención, colocación de drenaje abdominal y derivación biliar con catéter de drenaje interno externo consiguiéndose el cierre progresivo de la fistula al 25 día de la reintervención. El tamaño medio fue de 40,83 mm (23-62 mm). El tipo histológico más frecuente fue el fusocelular y el índice mitótico en todos 5 mitosis × 50 campos de gran aumento. Respecto al perfil inmunohistoquímico el CD117 fue positivo en 5 pacientes, el CD34 en 4 y DOG1 en los 6. El Ki67 fue inferior al 5% en todos los casos. Se registraron varias mutaciones en el exón 11, 9 y 18. Ningún paciente presentó metástasis ni recidivas durante el seguimiento (2-56 meses).

Conclusiones: Todos los GIST gástricos y duodenales fueron resecables y presentaron un comportamiento biológico benigno. La neoayuvancia fue necesaria para mejorar la resecabilidad del tumor en 3.^a porción duodenal.