



P-466 - GIST EN HERNIA PARAESOFÁGICA GIGANTE. UTILIDAD DEL IMATINIB Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

G. Jiménez Riera, J. Tinoco González, J. Reguera Rosal, J.A. Navas Cuéllar, E. Prendes Sillero, F. Ibáñez Delgado, A. Vázquez Medina y F.J. Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: El tumor estromal gastrointestinal (GIST) representa menos del 3% de las neoplasias gastrointestinales; sin embargo constituye el tumor mesenquimatoso más prevalente a nivel del tracto digestivo. El 70-80% son benignos, localizándose mayoritariamente en estómago e intestino delgado, pudiendo también presentar otras localizaciones más inusuales. Independientemente de ésta, su tratamiento es la resección quirúrgica.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 64 años con antecedentes de HTA e histerectomía por miomatosis. Refiere desde hace varios años sintomatología de reflujo gastroesofágico parcialmente controlados con IBP. Acude a urgencias por pirosis intensa en la última semana, que en las horas previas se acompaña de disfagia a sólidos y líquidos. El tránsito baritado aprecia una hernia paraesofágica gigante, por lo que se decide la realización de una TC con contraste IV, identificando una lesión exofítica en fundus gástrico de 12 × 9 cm. La ecoendoscopia demuestra una masa con zonas de necrosis, origen en la muscular propia, que alcanza la serosa, contactando sin invadir el esófago posterior y la aorta. La PAAF resulta compatible con tumor mesequimal, dudosa positividad para c-Kit. El PET-TC observa un gran depósito del radiotrazador en la masa gástrica (SUV 14,7), sin otros acúmulos. Se inicia neoadyuvancia con imatinib consiguiendo reducción de la actividad de la masa, cuantificada en una nueva PET-TC (SUV 3,2). Se decide intervención quirúrgica realizándose una gastrectomía polar atípica con anastomosis esofágica en la cara anterior del estómago remanente. Se da de alta al 14^º día postoperatorio tras sufrir fiebre por catéter y una FA paroxística, resueltas ambas con éxito. Estudio definitivo de la pieza de resección: Tumor epiteliode residual de 0,6 cm en el seno de una lesión hialinoesclerosante de 7,5 cm, ganglios linfáticos regionales libres de infiltración.

Discusión: Los GIST son tumores mesenquimatosos caracterizados por la expresión de un receptor de factor de crecimiento de tirosina kinasa -CD117 o C-Kit-. Su incidencia es mayor en la 5^a-6^a décadas de la vida. Su diagnóstico preoperatorio resulta complejo debido a que los síntomas que presentan son inespecíficos y además la biopsia en muchos casos no consigue abarcar la totalidad de la lesión tumoral, lo que hace necesaria la escisión quirúrgica completa de la lesión y su posterior estudio histopatológico e inmunohistoquímico. La mejor opción terapéutica es la resección completa. En caso de tumores irresecables o de gran tamaño se puede recurrir al empleo de inhibidor de la tirosín-quinasa denominado STI571 (imatinib mesilato), reduciendo en ocasiones el tamaño

haciéndolos resecables. No es preciso dejar márgenes de resección amplios. La clasificación pronóstica de Miettinen-Lasota, considera el tamaño tumoral, el índice de mitosis por campo (CGA) y la localización. En nuestro caso debido al tamaño y al CGA se clasifica como riesgo moderado de progresión (10%). No existen procesos fisiopatológicos que aúnen la hernia de hiato y los GIST. El tratamiento de ambas patologías es quirúrgico, teniendo que individualizar en cada caso la elección del abordaje.