



P-007 - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL GIST GÁSTRICO GIGANTE TRAS NEOADYUVANCIA CON IMATINIB. PRESENTACIÓN DE 4 CASOS

Navarro García, María Inmaculada; Romera Barba, Elena; Carrillo López, María José; Torregrosa Pérez, Nuria; González-Coste Martínez, Rafael; Castañer Ramón-Llín, Juan; García Marcilla, José Antonio; Vázquez Rojas, José Luis

Hospital General Universitario Santa Lucía.

Resumen

Introducción: La resección completa es un factor pronóstico importante en los GIST. Sin embargo, con frecuencia, las lesiones son irresecables en el momento de su diagnóstico, bien por su tamaño, o bien porque su localización condiciona un riesgo inaceptable de morbimortalidad. En estos casos, el uso neoadyuvante del imatinib se asocia con un descenso del tamaño tumoral e incrementa la posibilidad de una cirugía oncológica con menor resección gástrica y de órganos adyacentes.

Casos clínicos: Presentamos cuatro pacientes, 2 varones y 2 mujeres con una edad media de 73,75 años (rango 66-78 años) con GIST gástrico gigante (tamaño medio 20,37 cm; rango 17-27 cm). En todos los casos la clínica se caracterizó por epigastralgia y masa abdominal palpable. En el TC se evidenció la existencia de una masa gástrica dependiente de la curvatura menor en un caso y de la curvatura mayor en los otros tres, estando incluido el bazo en la masa en dos de ellos. En los tres pacientes se realizó BAG de la masa que confirmó el diagnóstico. Debido a su tamaño y a la infiltración de estructuras adyacentes (diafragma, bazo y mesocolon transversal), se consideraron irresecables con criterios oncológicos y se indicó neoadyuvancia con imatinib (400 mg/día) durante 6 meses, que fue bien tolerada en los cuatro casos. En el TC de control realizado a los 6 meses se objetivó una respuesta parcial con disminución de la lesión que osciló entre el 50 y el 35%. Se realizó una laparotomía media en los cuatro pacientes, practicándose una resección completa que consistió en gastrectomía subtotal y gastroyeyunostomía en Y de Roux en un paciente, y gastrectomía atípica en los otros tres, asociada a esplenectomía en dos de ellos. Los cuatro pacientes fueron dados de alta al 8º día postoperatorio tras una evolución sin complicaciones. La anatomía patológica informó de GIST con márgenes de resección libres, más de 10 mitosis/50 hpf y un índice de necrosis tumoral entre el 10-80%. Tras la cirugía reiniciaron el tratamiento con imatinib como terapia adyuvante. Un paciente presentó recidiva peritoneal a los 8 meses de la intervención. Se inició tratamiento con imatinib 800 mg/día, pero presentó una evolución tórpida, precisando varias paracentesis evacuadoras, falleciendo a los 10 meses de la cirugía. Otra paciente, a los 9 meses de la cirugía presentó igualmente recidiva peritoneal. Se inició tratamiento con imatinib 800 mg/día, obteniendo una respuesta parcial. Por intolerancia, se cambió el tratamiento a sunitinib 50 mg/día, observando progresión de la enfermedad, con lo que se inició tratamiento con sorafenib, consiguiendo mantener la enfermedad estable inicialmente, siendo éxitos a los 25 meses de la intervención. Los otros dos pacientes se encuentran en tratamiento con imatinib 400 mg/día, sin

evidencia de recidiva, 3 y 22 meses tras la cirugía, respectivamente.

Discusión: La biopsia previa es obligatoria, y, si fuera posible, el análisis mutacional para excluir los perfiles menos sensibles a imatinib. La monitorización de la respuesta debe ser muy estrecha. En este sentido, la prueba de imagen más usada es el TC por su accesibilidad, sin embargo, el PET puede ser de mayor valor ya que los resultados funcionales preceden a los morfológicos. Con ello se podría predecir la respuesta a imatinib y modificar el abordaje (ajustar dosis, emplear agentes de segunda línea o pasar directamente a cirugía). Diferentes estudios corroboran nuestros resultados, sin embargo, queda por definir la dosis, la duración del tratamiento (6 o 12 meses) antes de plantear la cirugía, así como la actitud ante las recidivas.