



P-176 - CIRUGÍA DEL GIST GÁSTRICO GIGANTE TRAS TRATAMIENTO PREOPERATORIO CON IMATINIB

Romera Barba, Elena; Navarro García, María Inmaculada; Rodríguez García, Pablo; Maestre Maderuelo, María; González-Costeá Martínez, Rafael; Torregrosa Pérez, Nuria María; Gálvez Pastor, Silvia; Vázquez Rojas, José Luis

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Resumen

Objetivos: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son las neoplasias mesenquimales más frecuentes del tracto digestivo, si bien suponen menos del 2% de todos los tumores digestivos. Originados en las células intersticiales de Cajal, pueden localizarse en cualquier nivel, aunque la mayoría lo hacen a nivel gástrico. El 80% de los casos presentan mutación en c-kit, un gen que codifica un receptor proteínico de la familia de las tirosincinasas (KIT), que hace que se active y de lugar al desarrollo tumoral. Si bien la cirugía continua siendo el principal pilar del tratamiento, el conocimiento de la biología molecular subyacente a este tipo de tumores, quimio y radioresistentes, condujeron al desarrollo de terapias sistémicas eficaces en forma de inhibidores de tirosina kinasa (ITK), siendo imatinib el primero en aprobarse para su uso en pacientes con GIST localmente avanzado o metastásico. El éxito terapéutico de este fármaco supuso una mejora espectacular de la supervivencia global de los pacientes.

Caso clínico: Mujer de 50 años que consultó por epigastralgia de una semana de evolución. En la exploración se palpaba una masa en epigastrio poco móvil. Se realizó TC hallando una masa heterogénea de 18 cm que dependía de la curvatura menor gástrica, en íntimo contacto con bazo y páncreas. La biopsia informó de GIST. Se presentó en comité multidisciplinar y se decidió iniciar neoadyuvancia con imatinib 400 mg, y seguimiento con TC cada 3 meses. Tras 6 meses de tratamiento, en el TC de control se apreció disminución de tamaño (10 cm) y densidad de la masa, con lo que se decidió intervenir realizando exéresis completa de la misma, gastrectomía parcial, esplenectomía y resección de cola de páncreas. En la anatomía patológica se halló un 95% de tejido fibrohialino sin células viables, identificando únicamente un nódulo de 2 cm con restos de proliferación fusocelular y epiteloide. El estudio mutacional demostró una delección heterocigota en el exón 11 del KIT. La paciente reinició imatinib tras la cirugía, y se encuentra libre de enfermedad 4 meses después de la misma.

Discusión: El tratamiento curativo del GIST localizado es una resección completa R0. Aproximadamente el 70-85% de los GIST están localizados en el momento del diagnóstico, y serían potencialmente candidatos a cirugía. Sin embargo, una de las grandes limitaciones del tratamiento quirúrgico del GIST viene dada por su presentación en localizaciones anatómicamente difíciles o por la presencia de tumores de gran tamaño o íntimamente adheridos a estructuras vecinas, que obligan a efectuar resecciones anatómicas más extensas, e incluso resección de órganos adyacentes. En este

sentido, el éxito de los ITK en la enfermedad avanzada provocó interés en su uso en el contexto preoperatorio al conseguir una reducción del tumor que facilite la resección completa, disminuyendo la morbilidad y aumentando la preservación de órgano. Por otra parte, el tratamiento neoadyuvante reduce en la teoría el riesgo de diseminación tumoral durante el acto quirúrgico, ya que los cambios que se producen en el tejido tumoral con los ITK lo vuelven menos friable. Más aún, permitiría tratar micrometástasis ocultas y seleccionar enfermos de mejor pronóstico para la cirugía al descartarse a aquellos que desarrollan metástasis durante el tratamiento. Sin embargo, hay cuestiones para las que aún no existe una respuesta, como la duración del tratamiento con ITK, el momento adecuado para la cirugía, el papel de las mutaciones o si esta estrategia puede aumentar el riesgo de complicaciones posquirúrgicas.