



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-503 - Tumores GIST intestinales: Experiencia en nuestro centro

González Plo, Daniel; Lucena de la Poza, José Luis; Plá Sánchez, Pau; Muñoz Rodríguez, Joaquín Manuel; Bennazar Nin, Rosaura; González Alcolea, Natalia; Chaparro Cabezas, María Dolores; Sánchez Turrión, Víctor

Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

### Resumen

**Objetivos:** Aunque la localización más frecuente de los GIST es el estómago, un 20-25% aparecen en intestino delgado y un 5% en colon y recto. Analizamos nuestra casuística y revisamos la literatura.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de 25 pacientes intervenidos por GIST de intestino delgado y colon. Se analizó la edad, sexo, sintomatología inicial, pruebas diagnósticas, intervención quirúrgica, tamaño, necrosis tumoral, expresión de Ki67, subtipo histológico, tratamiento adyuvante y evolución.

**Resultados:** De los 25 pacientes, la mayoría fueron varones (56%) y la edad media de presentación fue de 67 años. La presentación más frecuente fue dolor abdominal (46%), masa palpable y pérdida de peso. Cinco casos debutaron con hemorragia digestiva alta y tres con rectorragia. En cuatro pacientes el hallazgo fue incidental (dos por rotura tumoral y otro por absceso hepático, debido a trombosis portal por compresión tumoral). La prueba diagnóstica más utilizada fue la TC. El diagnóstico se completó con endoscopia alta (36%), baja (30%) y ambas (24%). En dos casos con localización rectal se realizó RM y ecoendoscopia. La localización tumoral fue: yeyuno (44%), íleon (40%), colon (8%) y recto (8%). Dos pacientes presentaron 2 localizaciones simultáneas. Se indicó tratamiento quirúrgico en todos los casos siendo preciso cirugía urgente en tres de ellos (dos por rotura y otro por sepsis). Se realizó resección segmentaria de intestino delgado y anastomosis (84%), hemicolectomía derecha (1), resección anterior baja (1), amputación abdomino-perineal (1) y tumorectomía perianal (1). Un paciente recibió imatinib preoperatoriamente por tumor rectal. El postoperatorio fue favorable en la mayoría de los pacientes. Seis casos presentaron complicaciones: íleo paralítico (3), absceso intraabdominal (2) y sepsis con fallo multiorgánico y *exitus* (1). El tamaño tumoral medio fue de 7,5 cm. Se consiguió resección R0 en el 72% casos, R1 el 24% y R2 en un caso. El tipo histológico fusiforme fue el más frecuente. Los valores de Ki67 oscilaron del 10 al 40%. Necrosis tumoral en el 64%. Por criterios de Miettinen, 5 casos fueron de bajo riesgo, 6 de riesgo moderado y 14 de riesgo alto. Diez pacientes recibieron adyuvancia con imatinib. La duración media del tratamiento fue 2,6 años. En un caso se utilizó sunitinib de segunda línea. Cinco pacientes presentaron recidiva de enfermedad local, peritoneal, hepática y/o pulmonar. La supervivencia a los 5 años fue del 64%. Hubo 9 *exitus* con progresión de la enfermedad (todos ellos de alto riesgo).

**Conclusiones:** Nuestros resultados coinciden con las publicaciones recientes. Los tumores GIST son algo más frecuentes en varones, por encima de los 50 años. La forma de presentación clínica es

variable e inespecífica (asintomático, dolor abdominal, masa palpable, hemorragia...). Los principales métodos diagnósticos son la endoscopia y la TC. El tratamiento definitivo es la resección quirúrgica completa. No es necesaria la linfadenectomía pero sí la revisión de peritoneo e hígado. Como en nuestra serie, las complicaciones posquirúrgicas oscilan entre 20-30% y la supervivencia global es del 40-60% a los 5 años. El tratamiento adyuvante con imatinib es el estándar actualmente, estando indicado en casos de riesgo moderado-alto.