



# Cirugía Española

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



## P-726 - OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN EL GIST DE INTESTINO DELGADO

Moreno Bargeiras, Alejandro; Yuste García, Pedro; Gutiérrez Andreu, Marta; Pastor Altaba, Daniel; Bernal Tirapo, Julia; Martínez Pozuelo, Almudena; Guadarrama González, Francisco Javier; Ferrero Herrero, Eduardo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) representan el 2% de todos los tumores digestivos, siendo su localización más frecuente el estómago (60%) seguido del intestino delgado (25-30%) Las manifestaciones clínicas dependen del tamaño y de la localización del tumor; así por ejemplo, los de intestino delgado suelen tener un diagnóstico más tardío y por lo tanto peor pronóstico. La extirpación radical es el único tratamiento curativo para el GIST primario localizado. Son tumores que pueden desarrollar metástasis, pero que raramente diseminan por vía linfática, por lo que no es necesaria la linfadenectomía. Para casos recurrentes, localmente avanzados o metastásicos se emplea tratamiento adyuvante con Imatinib.

**Caso clínico:** Paciente en seguimiento por nuestro servicio y oncología médica con diagnóstico de GIST estadio IV por afectación peritoneal. El cuadro se inicia en el año 2008, durante una revisión rutinaria, donde se realiza una tomografía computarizada (TC) abdominal con diagnóstico de Uropatía obstructiva bilateral, secundaria a una obstrucción de los uréteres por una masa hipogástrica de 12 cm. Se decide Intervención Quirúrgica, resecano un segmento de intestino delgado que contiene una tumoración de 10 cm de diámetro que depende de yeyuno, sin que infiltre estructuras adyacentes. A nivel del sigma, existe una lesión de 1 cm, llevando a cabo una enucleación del implante. La anatomía patológica es congruente con GIST de alto grado que infiltra pared del intestino y con un implante en sigma. Posteriormente inicia tratamiento adyuvante con imatinib durante dos años. Desde entonces el paciente ha presentado tres recaídas de la enfermedad. La primera en 2013, siendo necesaria tras la reintroducción del imatinib una resección de una masa de 5 cm dependiente de un apéndice epiploico en fosa iliaca izquierda. La segunda en 2015, donde tras iniciar terapia de segunda línea con sunitinib es necesario resecar una tumoración de 3 centímetros del meso del íleon terminal y en contacto con la punta del apéndice cecal. Se realiza nueva resección y apendicetomía reglada. La tercera y última intervención es en 2020, tras la aparición de un tumor de 2 cm en mesosigma sin infiltración de la pared del colon. El estudio genético muestra mutación del exón 9 del gen Kit. Desde entonces el paciente esta asintomático, con tratamiento adyuvante con sunitinib y sin datos de recidiva.

**Discusión:** El principal objetivo del tratamiento del GIST localizado es conseguir la resección completa, ya que este es el factor pronóstico más importante. Para los GIST localizados en i. delgado la técnica de elección es la resección segmentaria más anastomosis. No se recomienda la

enucleación, ya que se ha comunicado una alta tasa de recurrencia local, de hasta el 33%. Al tener un crecimiento exofítico, es frecuente que el tumor infiltre otras asas u órganos, siendo necesaria en estos casos resecciones amplias. Esto explica la alta tasa de metástasis peritoneales que estos enfermos desarrollan a medio plazo (41-66%) Debido a esto, algunos autores recomiendan la realización de una peritonectomía local de entrada en estos casos, lo que podría disminuir la tasa de recidivas locales.