

CO-18: TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL: ANÁLISIS DE 15 CASOS

AUTOR/ES: Carolina Arcos Quirós, M^a Jose Sánchez Melo, Pedro Fernandez Balaguer, Albert Pey Camps, Jose Luciano Santonja Garriga

INSTITUCIÓN: Hospital de Mérida

INTRODUCCIÓN

Los tumores del estroma gastrointestinal son neoplasias poco frecuentes de origen mesenquimal, representando el 1-3% de los tumores del tracto digestivo. Derivan de las células intersticiales de Cajal, las cuales, son un tipo de células que se sitúan en la interfase entre la inervación autonómica de la pared intestinal y la musculatura lisa intestinal. Su localización más frecuente es el estómago (60%), seguido del intestino delgado.

Para su diagnóstico es fundamental la realización de estudios inmunohistoquímicos que permiten detectar la sobreexpresión del gen c-kit en el 95 % de los pacientes. La supervivencia a los 5 años es de un 50%. El pronóstico depende de variables como el tamaño del tumor, la actividad mitótica, el tipo de mutaciones genéticas y la radicalidad quirúrgica. El objetivo de esta comunicación es el análisis de nuestra experiencia en el manejo de este tipo de tumores.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo en los últimos 8 años, que incluye 15 pacientes intervenidos con el diagnóstico de Gist en diferentes localizaciones del tracto gastrointestinal. Se analizan: Edad, sexo, datos clínico-patológicos, tratamiento quirúrgico, tratamiento médico, estudios inmunohistoquímicos, recidivas y evolución.

RESULTADOS

La edad media de presentación fue de 66 años (rango 52 - 83), 9 varones y 6 mujeres. La sintomatología predominante fue el dolor abdominal en el 60%, hemorragia digestiva en el 30% y anemia en el 40%. Los métodos diagnósticos utilizados fueron la endoscopia digestiva y el TAC. Se localizaron 8 casos en el estómago, 4 en intestino delgado (1 en duodeno, 1 yeyuno y 2 en íleon), 2 en colon y 1 en mesenterio. Las técnicas quirúrgicas realizadas fueron: Gastrectomía subtotal en 6 casos, resección en cuña por laparoscopia de tumor gástrico en 2 y tumorectomía con márgenes de seguridad en 7. El tamaño tumoral medio fue de 8 cm. El índice mitótico fue < 3 en 7 casos, de 3 - 5 en 3 casos y > 5 en 5 casos. Por lo que según la clasificación de Fletcher (correlación de tamaño tumoral / índice mitótico) los tumores de riesgo bajo representaron el 20%, los de riesgo intermedio el 20% y los de riesgo alto el 60 %. El 95% sobreexpresaron la proteína c-kit en inmunohistoquímica. La recidiva hepática ocurrió en 3 pacientes a los 3 años de la intervención (correspondían a tumores de alto grado y tratados con imatinib) y la recidiva locorregional se dio en 3 casos que fueron reintervenidos. Durante el seguimiento en 5 años se han producido 4 exitus por recidiva tumoral, 7 libres de enfermedad y 5 continúan en tratamiento actualmente con imatinib.