

Tumores estromales del tracto gastrointestinal (GIST)

Alfredo P. Fernández Marty¹

Los tumores estromales (GIST) son los tumores del mesénquima más frecuentes del tracto gastrointestinal. Los pequeños de solo unos pocos milímetros son comunes en la población general adulta.

El aumento en el número en su diagnóstico probablemente se deba a un mayor conocimiento y a una mejora en los estudios histopatológicos. Es frecuente detectarlos de manera imprevista y también en las autopsias.

En el aparato digestivo la localización más común es el estómago (60%), seguido por el intestino delgado (30%).

Su ubicación, tamaño y tipo de crecimiento (endoluminal, intramural y extraluminal o seroso) determinan los síntomas: los más comunes, en la ubicación gástrica, el sangrado por ulceración de la mucosa y el dolor inespecífico.

Su tamaño puede variar de pocos milímetros a grandes masas abdominales; ante la sospecha en la endoscopia, hoy en día se impone la ecoendoscopia que precisa muy exactamente la capa de origen así como las características morfológicas que permiten diferenciarlos de otros tumores submucosos. La tomografía computarizada resulta imprescindible frente a las grandes masas.

La primera controversia surge acerca de la necesidad de biopsiar estos tumores. La punción con aguja fina bajo control ecoendoscópico es lugar para muchos a una indicación, pero lo escaso del material y lo heterogéneo que puede ser el tumor hace que numerosos patólogos no puedan hacer el diagnóstico definitivo.

Biopsiar bajo otros medios (percutáneo) tendría una contraindicación en la friabilidad y vascularización de estos tumores y en la importancia de conservar indemne su cápsula como factor pronóstico.

Ante esas razones, la biopsia preoperatoria puede no ser necesaria frente a tumores resecables fácilmente.

Sí, en cambio, resulta imprescindible en aquellos que por su ubicación y/o tamaño serían pasibles de tratamiento con drogas específicas antes del eventual abordaje quirúrgico.

El diagnóstico histológico e inmunohistoquímico se hace basándose en que el 95% son positivos para el KIT CD 117 y con menor frecuencia para CD 34 (70% de positividad). Existe un 5% de GIST KIT negativos.

La segunda controversia que se plantea es la indicación quirúrgica para aquellos tumores pequeños y asintomáticos u oligosintomáticos. En general, existe consenso acerca de que a los pequeños, menores de 2 cm, solo se los debe observar.

La cirugía sigue siendo el pilar fundamental en el tratamiento de los GIST primarios sin evidencia de metástasis y se la acepta como tratamiento inicial si el tumor es resecable fácilmente con un riesgo aceptable.

Durante la laparotomía, las grandes masas abdominales resecables, por lo dicho anteriormente, deben resecarse sin biopsia previa ni intraoperatoria.

Los GIST deben manejarse con extremo cuidado para evitar su ruptura.

El objetivo quirúrgico es la resección completa con su pseudocápsula intacta, con márgenes negativos; no es necesario el vaciamiento ganglionar. Las resecciones segmentarias o atípicas suelen, por lo tanto, ser frecuentes, en cambio no muestran ningún beneficio las resecciones anatómicas gástricas ni la linfadenectomía.

En ciertas circunstancias se puede necesitar una cirugía extensa, para algunas ubicaciones especiales; en el caso de los gástricos, aquellos que comprometan la unión esofagogástrica y/o deban incluir resecciones pancreáticas, se debe contemplar un enfoque multidisciplinario valorando los beneficios de una respuesta al tratamiento preoperatorio con imatinib o drogas similares que puedan reducir la masa tumoral.

El papel del abordaje laparoscópico para la resección continúa expandiéndose. Es un procedimiento seguro y un abordaje razonable, pero debe regirse por los mismos principios de la cirugía laparotómica; es por ello que cobra fundamental importancia la experiencia del cirujano para la manipulación incruenta del tumor, así como en la extracción de la pieza con una bolsa protectora.

A veces el tamaño obliga a resecciones asistidas. Resulta de utilidad, en muchas ocasiones, la ayuda de la endoscopia intraoperatoria. Hay casos de resecciones endoscópicas asistidas por la laparoscopia. El abordaje laparoscópico redundará en beneficios asociados a una corta estadía hospitalaria y a una menor morbilidad.

Para determinar el pronóstico de estos pacientes es fundamental un excelente estudio anatomopatológico; la inmunohistoquímica, el número de mitosis cada 50 campos de gran aumento, eventualmente el Ki 67, la ubicación, el tamaño, los márgenes libres y la indemnidad del tumor son los factores que determinarán el pronóstico del paciente y el eventual tratamiento posquirúrgico con imatinib.

El trabajo encabezado por el Dr. Alfredo Ríos nos permite reflexionar sobre lo expuesto.¹

Lamentablemente no cuentan con el apoyo de la ecoendoscopia que les permitiría presumir el diagnóstico de GIST frente a otros tumores submucosos. También nos plantea el interrogante de qué actitud adoptar frente a un tumor asintomático, hallazgo, me-

nor de 2 cm, así como considerar el valor de la biopsia diagnóstica preoperatoria y en qué medida el contar con ella nos condiciona la decisión quirúrgica.

El hecho de que el grupo de trabajo del Dr. Fiolo haya podido mantener indemne la pseudocápsula del tumor habla del excelente manejo laparoscópico y que este abordaje gana espacio en manos experimentadas.

Solo sería discutible esta vía en un tumor ma-

yor de 10 cm que obliga a una incisión importante para su extracción segura.

En cuanto a los resultados a largo plazo, en especial aquellos de alto grado de malignidad, solo cabe acotar que a pesar del R0 cabría esperar una recaída y plantear el tratamiento posoperatorio con imatinib como lo proponen algunos grupos.

*1. Jefe Dto. Quirúrgico Hospital de Gastroenterología
Director carrera de especialista en Cirugía Digestiva.
Universidad de Buenos Aires (UBA).
Prof. Asoc. Cirugía. Universidad del Salvador (USAL)*

Referencias bibliográficas

1. Ríos A, Boulin F, Pastorino M, Correa A, Fiolo FE. Resección laparoscópica de tumores de estroma gastrointestinal de estómago.

Rev Argent Cirug. 2014;106(4):221-7.