National Comprehensive Cancer Network®

2026

NCCN Guidelines for Patients®

Recomendaciones sobre el tratamiento del cáncer de parte de los principales expertos de National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®)

Tumores del estroma gastrointestinal



Gracias al apoyo de National Comprehensive Cancer Network® Foundation

Disponible en Internet en NCCN.org/patientguidelines



NCCN Guidelines for Patients®

La guía esencial para las personas que se enfrentan al cáncer.

Basada en las recomendaciones para la atención de destacados expertos en oncología.

Explica la atención oncológica de alta calidad que se brinda en centros oncológicos de vanguardia.

Revisada y actualizada todos los años.

¿Sabía que los principales centros oncológicos de los Estados Unidos colaboran para mejorar la atención oncológica? Esta alianza de los principales centros oncológicos se denomina National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®).

Como la atención oncológica está en constante evolución, NCCN elabora y actualiza con frecuencia recomendaciones basadas en pruebas que utilizan los profesionales de atención médica de todo el mundo. Estas recomendaciones se conocen como NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®).

En NCCN Guidelines for Patients, se explican de manera sencilla estas recomendaciones de los expertos, para que pueda hablar con su equipo de atención médica sobre la mejor atención para usted.

NCCN Guidelines for Patients se basa en NCCN Guidelines® para tumores del estroma gastrointestinal, versión 1.2026, 13 de enero de 2026.

Ver NCCN Guidelines for Patients gratis en Internet: NCCN.org/patientguidelines

Buscar un centro oncológico de NCCN cerca de usted: NCCN.org/cancercenters

Conocer cómo se elabora NCCN Guidelines for Patients: NCCN.org/patient-guidelines-process

Comuníquese con nosotros

@NCCNorg @NCCNVideo NCCN @NCCNorg

Quiénes nos apoyan

National Comprehensive Cancer Network® Foundation

Transformamos la atención oncológica compleja en un acompañamiento confiable y financiamos a la próxima generación de investigadores que darán forma a la atención del mañana.

NCCN Foundation agradece profundamente a las siguientes empresas colaboradoras por hacer posible NCCN Guidelines for Patients: Deciphera.

NCCN adapta, actualiza y aloja de forma independiente la guía de NCCN Guidelines for Patients. Nuestras empresas colaboradoras no participan en la elaboración de NCCN Guidelines for Patients y no son responsables del contenido ni de las recomendaciones que allí se incluyen.



El camino hacia el futuro comienza aquí.

National Comprehensive Cancer Network® Foundation

Donar ahora

Contenido

4 Capítulo 1
Acerca de los TEGI

7 Capítulo 2
Pruebas para detectar TEGI

13 Capítulo 3
Tipos de tratamiento

24 Capítulo 4
Otros recursos

27 Palabras que debe conocer

28 Colaboradores de NCCN

29 Centros oncológicos de NCCN

30 Índice

©2026 National Comprehensive Cancer Network, Inc. Todos los derechos reservados.

NCCN Guidelines for Patients, así como las ilustraciones aquí contenidas, no pueden ser reproducidas de ninguna forma ni con ningún propósito sin el consentimiento expreso por escrito de NCCN. Ninguna persona, incluidos los médicos y los pacientes, está autorizada a utilizar NCCN Guidelines for Patients con ningún fin comercial, ni puede afirmar, presuponer o implicar que NCCN Guidelines for Patients que se haya modificado de cualquier manera proviene o surge de NCCN Guidelines for Patients ni que se basa en esta o se relaciona con esta. NCCN Guidelines es un proyecto en curso y puede redefinirse siempre que se descubra información nueva importante. NCCN no ofrece garantía alguna en cuanto a su contenido, uso o aplicación, y se deslinda de cualquier responsabilidad por su aplicación o uso cualquiera sea el modo.

NCCN Foundation tiene como objetivo apoyar a los millones de pacientes y familias afectados por un diagnóstico de cáncer mediante la financiación y distribución de NCCN Guidelines for Patients. NCCN Foundation también se compromete a avanzar en los tratamientos contra el cáncer subsidiando a los médicos prometedores del país en el centro de innovación en cuanto a investigación del cáncer. Para obtener más detalles y acceder a la biblioteca completa de recursos para pacientes y cuidadores, visite NCCN.org/patients.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN) y NCCN Foundation
3025 Chemical Road, Suite 100, Plymouth Meeting, PA 19462, EE. UU.

1
Acerca de los TEGI

5 ¿Qué son los TEGI?

6 ¿Cómo se tratan los TEGI?

6 ¿Cómo puedo recibir la mejor atención?

Los tumores del estroma gastrointestinal (TEGI) son un tipo de sarcoma de tejidos blandos. Los TEGI suelen aparecer en la pared del estómago o del intestino delgado. Usted y su equipo de atención médica decidirán juntos un plan de tratamiento.

¿Qué son los TEGI?

Un tumor del estroma gastrointestinal (TEGI) es un tipo de sarcoma de tejidos blandos. Los TEGI se encuentran con frecuencia en la pared del estómago o del intestino delgado.

Si bien todos los TEGI son cáncer, su comportamiento puede variar mucho de un caso a otro.

Algunos TEGI son pequeños, crecen lentamente y es poco probable que se diseminen. Otros pueden ser grandes y crecer con rapidez, volver a crecer después del tratamiento y diseminarse al hígado o dentro de la cavidad abdominal.

¿Dónde se forman los TEGI?

Los TEGI pueden formarse en cualquier parte de las paredes del tracto gastrointestinal (GI). Pero suelen encontrarse en el estómago y, en segundo lugar, en el intestino delgado.

Con menor frecuencia, los TEGI se forman en el recto, el colon o el esófago. Los TEGI que se forman fuera del estómago tienden a ser más agresivos, pero los que están dentro del estómago también pueden crecer con rapidez.

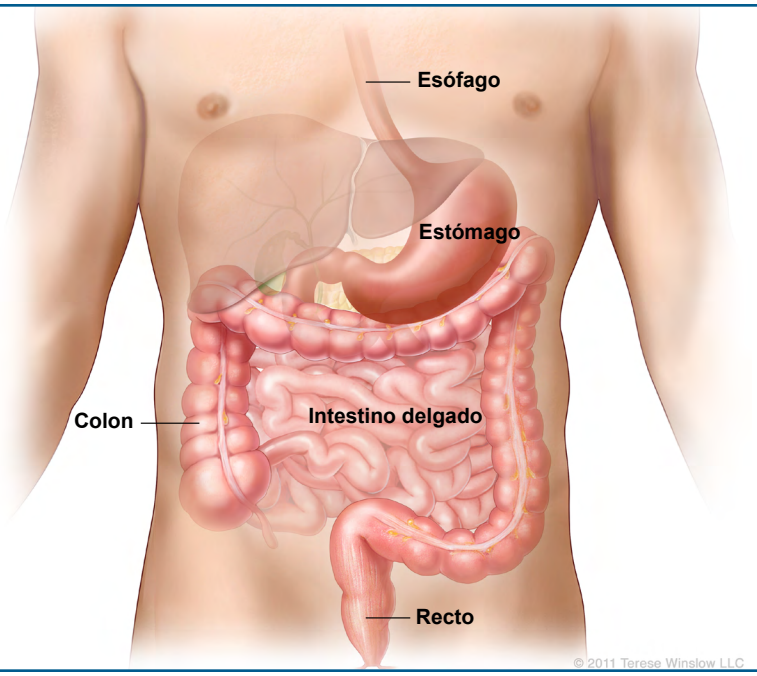
Síntomas

Un TEGI puede causar cambios en la salud que usted puede sentir o notar. Estos son los síntomas:

- Sensación de saciedad rápida al comer.
- Dolor, hinchazón o distensión abdominal.
- Malestar estomacal.
- Sangre en las heces o en el vómito.
- Fatiga.

Dónde se forman los TEGI

Los TEGI suelen encontrarse en el estómago o el intestino delgado, pero pueden aparecer en cualquier parte del tracto GI.



¿Cómo se tratan los TEGI?

Siempre que sea posible, la cirugía es el tratamiento recomendado para los TEGI. Si hay un riesgo alto de complicaciones de la cirugía o es necesario extirpar varios órganos, puede administrarse primero el tratamiento farmacológico.

Algunos TEGI muy pequeños del estómago no necesitan tratamiento.

¿Cómo puedo recibir la mejor atención?

Luche por usted. Usted tiene un papel importante que desempeñar en su cuidado. Muchas personas se sienten más satisfechas cuando participan activamente en la planificación de su atención oncológica.

La guía *NCCN Guidelines for Patients* le permitirá desempeñar un papel más importante en su atención. Hable sobre las recomendaciones de esta guía con su equipo de atención médica. Pregunte sobre sus opciones y comparta sus objetivos e inquietudes.

¿No sabe qué preguntar? No se olvide de que cuenta con apoyo. Es por eso que incluimos sugerencias de preguntas al final de cada capítulo.

Siga leyendo para encontrar la mejor atención posible.

Cómo puede ayudar esta guía

Tomar decisiones sobre la atención oncológica es estresante. Tiene mucho por aprender y no sabe lo que le depara el futuro.

Utilice esta guía para obtener la información y el apoyo que necesita.

Los pacientes, los médicos y otros profesionales de la salud confían en *NCCN Guidelines for Patients.* Esta guía utiliza un lenguaje claro y cotidiano para explicar las recomendaciones actuales sobre el tratamiento del cáncer formuladas por expertos respetados en la materia. Las recomendaciones se basan en las investigaciones y las prácticas más recientes de los mejores centros oncológicos.

Su salud es única, por lo que su atención oncológica también debería serlo. A medida que lea esta guía, sabrá qué tratamientos tienen más probabilidades de ofrecer los mejores resultados para su caso. Así, tendrá más preparación para hablar con su equipo de atención médica.

2
Pruebas para detectar TEGI

8 Estudios de diagnóstico por imágenes

10 Biopsia

10 Pruebas de biomarcadores

12 Puntos clave

12 Preguntas para hacer

Se necesitan estudios de diagnóstico por imágenes y una biopsia para diagnosticar los tumores del estroma gastrointestinal (TEGI). Los resultados de sus pruebas y las opciones de tratamiento deben ser revisados por un equipo de expertos con experiencia en el tratamiento de este tipo poco frecuente de cáncer.

Si se sospecha un tumor del estroma gastrointestinal (TEGI), se necesitan estudios de diagnóstico por imágenes del vientre (abdomen) y de las caderas (pelvis).

Estudios de diagnóstico por imágenes

En estos estudios, se toman imágenes del interior del cuerpo. Después de realizarse los estudios, un radiólogo, experto que interpreta las imágenes de los estudios, redactará un informe y lo enviará a su profesional de atención médica.

Se le puede enviar el informe a usted a través del portal o sistema de acceso para pacientes.

Deberá analizar estos resultados con su equipo de atención médica.

Medio de contraste

El medio de contraste se utiliza para mejorar las imágenes. Los medios de contraste no son tintes. Son sustancias que ayudan a realzar y mejorar las imágenes de órganos y estructuras en el cuerpo.

El medio de contraste no es permanente y se expulsará del cuerpo a través de la orina dentro de las 24 horas después de la prueba. Los tipos de medios de contraste varían y son diferentes para la TC y la RM.

Es posible que no se utilice el medio de contraste si tiene una alergia grave o si sus riñones no funcionan bien. Avise a su equipo de atención médica si ha tenido alguna vez reacciones alérgicas al medio de contraste. Es posible que le administren un medicamento para disminuir la probabilidad de una reacción alérgica.

TC

Una TC es un tipo de radiografía más detallada. Es indolora y no invasiva. En la TC, se toman muchas imágenes desde distintos ángulos. Una computadora combina las imágenes para crear imágenes en 3D.



TC

La tomografía computarizada o TC usa rayos X y tecnología informática para tomar imágenes del interior del cuerpo. Toma varias radiografías de la misma parte del cuerpo desde distintos ángulos. Todas las imágenes se combinan para crear una serie de imágenes transversales detalladas del cuerpo.

Algunas personas se refieren a esta prueba como una exploración por TAC. Cualquier denominación es correcta.

RM

La resonancia magnética o RM usa ondas de radio e imanes potentes para tomar fotografías del interior del cuerpo. No utiliza rayos X ni radiación.

Dado que el resonador utiliza imanes muy potentes, informe al técnico si tiene algún objeto metálico en el cuerpo. Probablemente, tendrá que desvestirse completamente y ponerse una bata en la sala de exploración.

Durante la prueba, es probable que se le pida que contenga la respiración de 10 a 20 segundos mientras el técnico toma las imágenes. Suele usarse un medio de contraste. La exploración que se realiza con y sin medio de contraste se denomina RM dinámica.

El tipo más común de resonador, el resonador magnético cerrado, tiene un diseño similar a una cápsula en la que el imán rodea a la persona. Existen resonadores magnéticos abiertos, que tienen la parte superior y la parte inferior magnéticas, así como una abertura en cada extremo.

Los resonadores magnéticos cerrados son más comunes que los abiertos, por lo que si tiene miedo a los espacios cerrados o reducidos (claustrofobia), asegúrese de comentárselo a su equipo de atención médica. A algunos pacientes con claustrofobia se les puede administrar un relajante o sedante suave para ayudar a tolerar la RM.

Las RM también son ruidosas. Pida tapones para los oídos o auriculares para el ruido al equipo de exploración. A veces, se puede reproducir música dentro del resonador. Puede pedir una manta o almohadones para tener más comodidad durante la exploración.

Los técnicos de RM pueden hablarle a través de un intercomunicador dentro de la máquina. También podrá comunicarse con el equipo de exploración a través de un botón en caso de necesitar ayuda.

TEP

Una TEP utiliza una sustancia radiactiva inofensiva llamada marcador. El marcador se inyecta en una vena para mostrar dónde pueden estar los focos cancerosos en el cuerpo. Se elimina del cuerpo de forma inocua a través de la orina en 24 horas.

El marcador puede producir puntos brillantes en la TEP. No todos los tumores aparecen en una exploración por TEP y no todos los puntos brillantes son cáncer. Es usual que el cerebro, el corazón, los riñones y la vejiga se vean brillantes en la TEP.

La inflamación o las infecciones también pueden verse como un punto brillante.

Cuando la TEP se combina con una TC, este procedimiento se conoce como TEP/TC.

Biopsia

Es posible que su médico quiera extraer una pequeña muestra del tumor para analizarla (una biopsia). Si es necesario, se recomienda una biopsia guiada por ecografía endoscópica (EE).

Un tubo delgado (endoscopio) se inserta por la boca. Se guía a través del esófago hasta llegar al estómago.

El endoscopio tiene una sonda ecográfica y una aguja para extraer una muestra del TEGI. La sonda ecográfica envía imágenes a un monitor. Esto permite que su médico vea dónde colocar la aguja para biopsia.

Si se usa una aguja delgada y hueca, se llama biopsia mediante aspiración con aguja fina guiada por EE (EUS-FNAB). Este tipo de biopsia extrae una pequeña cantidad de líquido y de tejido del tumor.

El uso de una aguja un poco más grande para extraer un fragmento de tejido de forma cilíndrica se llama biopsia por punción con aguja gruesa guiada por EE (EUS-CNB). Un anatomopatólogo examina el tejido extraído bajo el microscopio para determinar si el tumor es un TEGI.

Pruebas de biomarcadores

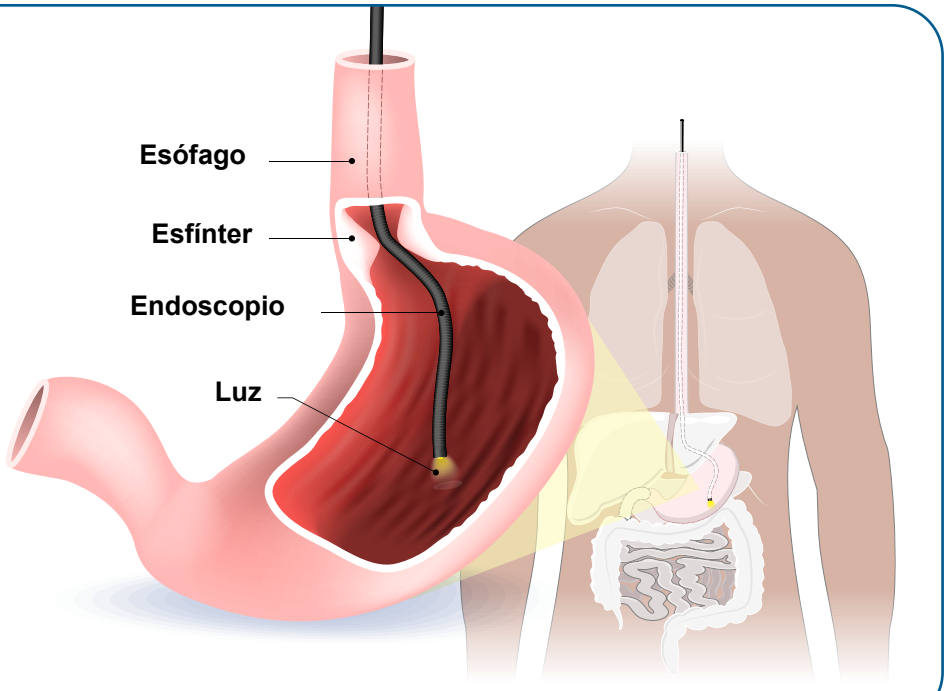
Saber si el tumor tiene ciertas características, llamadas biomarcadores, puede ayudar a guiar su tratamiento. Los biomarcadores suelen ser cambios genéticos (mutaciones).

La presencia (o ausencia) de mutaciones específicas u otros biomarcadores puede influir en cómo responde el TEGI a ciertos tratamientos dirigidos.

Si se planifica un tratamiento farmacológico, la muestra de la biopsia se usará para las pruebas de biomarcadores.

Endoscopia superior

La endoscopia superior permite al médico ver el interior de la pared del estómago y del esófago. Si se realiza una ecografía, el médico podrá ver las capas más profundas de la pared y los órganos cercanos.



El análisis de muchos biomarcadores genéticos a la vez se llama secuenciación multigénica. Este análisis puede encontrar mutaciones genéticas para las que pueden existir tratamientos dirigidos. Los resultados ayudan a su equipo de tratamiento a elegir el mejor tratamiento farmacológico para su TEGI.

Otras denominaciones de las pruebas de biomarcadores son pruebas moleculares, perfiles tumorales, pruebas genómicas, pruebas genéticas tumorales, pruebas genómicas somáticas y pruebas de mutaciones.

Mutaciones de los genes *KIT* y *PDGFRA*

Las mutaciones del gen *KIT* son los cambios genéticos más frecuentes en personas con TEGI.

Las siguientes mutaciones más frecuentes son las del gen *PDGFRA*. Las mutaciones de *PDGFRA* suelen aparecer en los TEGI de la mitad inferior del estómago. Se necesita una muestra del tumor para las pruebas, ya que estas mutaciones no se encuentran en todas las células.

Deficiencia de *SDH*

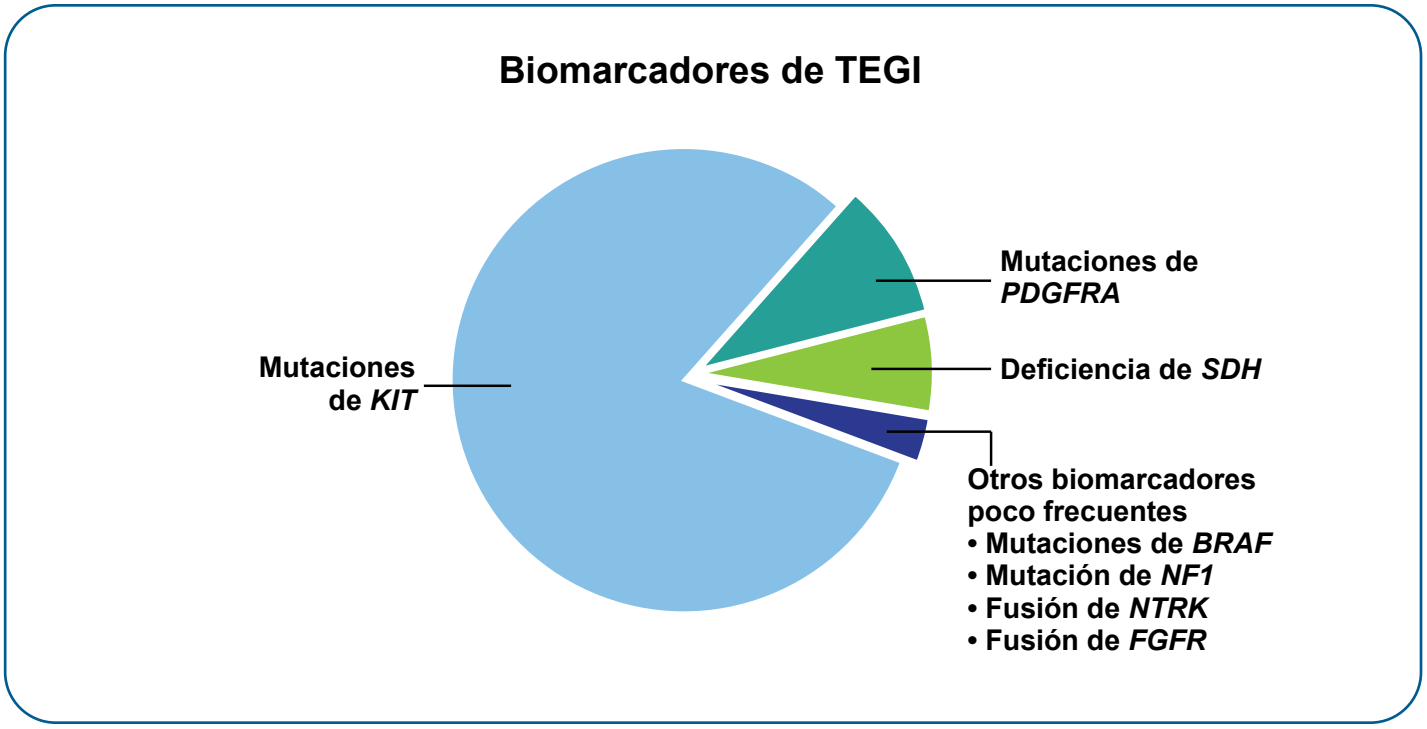
Para los TEGI sin mutación de *KIT* ni de *PDGFRA*, se recomienda realizar pruebas para buscar una mutación del gen *SDH*. Muchos TEGI sin mutación de *KIT* ni de *PDGFRA* tienen deficiencia de *SDH*. Esto significa que una parte del gen *SDH* está inactiva.

Los TEGI con deficiencia de *SDH* suelen formarse en el estómago en personas más jóvenes, pero también pueden aparecer más adelante en la vida. La mayoría crece lentamente, pero algunos pueden ser más agresivos. Estos tienen más probabilidades de diseminarse en el cuerpo a través de los ganglios linfáticos o la sangre, o dentro de la cavidad abdominal.

Se recomienda la derivación a un asesor genético para realizar pruebas de mutaciones hereditarias (de estirpe germinal) a todas las personas con TEGI con deficiencia de *SDH*.

Otros biomarcadores

Además de la deficiencia de *SDH*, en los TEGI sin mutación de *KIT* ni de *PDGFRA* deben buscarse otros biomarcadores.



Estos incluyen las mutaciones de *BRAF*, la mutación de *NF1*, las fusiones de *NTRK* y las fusiones de *FGFR*. Se recomienda la derivación a un asesor genético para realizar pruebas de mutaciones hereditarias (de estirpe germinal) a las personas con TEGI que tienen una mutación de *NF1*.

Puntos clave

- Se necesitan estudios de diagnóstico por imágenes del abdomen y la pelvis cuando se sospecha un tumor del estroma gastrointestinal (TEGI). Es de esperar que le realicen una TC, una RM o ambas. Se debe usar un medio de contraste.
- Para un TEGI de 2 centímetros o más, puede recomendarse una radiografía de tórax o una TC de tórax para detectar diseminación del cáncer.
- Si es necesario, el tipo de biopsia que suele recomendarse para los TEGI es una biopsia con aguja guiada por ecografía endoscópica (EE).
- Los biomarcadores suelen ser cambios genéticos (mutaciones) en el tumor.
- Los biomarcadores más frecuentes en los TEGI son las mutaciones del gen *KIT*, seguidas de las mutaciones del gen *PDGFRA*.
- Para un TEGI sin mutación de *KIT* ni de *PDGFRA*, se recomienda realizar pruebas para buscar deficiencia de *SDH* y otros biomarcadores poco frecuentes.

Preguntas para hacer

- ¿Qué estudios tendré que hacerme?
- ¿Las pruebas tienen algún riesgo?
- ¿Pagará mi seguro todas las pruebas que me recomiende?
- ¿Tengo que hacer alguna preparación para las pruebas?
- ¿Debe acompañarme alguien a las citas?

¿Cuál es el siguiente paso?

Una vez que las pruebas confirman qué tipo de TEGI tiene y si hay algún otro cáncer en el cuerpo, comienza el tratamiento. Siga leyendo para obtener más información.

3
Tipos de tratamiento

14 ¿Cuál es el tratamiento recomendado para los TEGI?

18 Vigilancia después de la cirugía

18 Progresión

20 Destrucción directa de las células tumorales

21 Ensayos clínicos

22 Tratamiento complementario

23 Puntos clave

23 Preguntas para hacer

Los resultados de sus pruebas y las opciones de tratamiento deben ser revisados por un equipo de expertos de distintas áreas de la cirugía y la medicina con experiencia en el tratamiento de los tumores del estroma gastrointestinal (TEGI). Esto se llama atención multidisciplinaria del cáncer.

¿Cuál es el tratamiento recomendado para los TEGI?

Siempre que sea posible, la cirugía es el tratamiento recomendado para la mayoría de los tumores del estroma gastrointestinal (TEGI). Si hay un alto riesgo de complicaciones de la cirugía, puede administrarse primero el tratamiento farmacológico. Algunos TEGI muy pequeños del estómago no necesitan tratamiento.

Al prepararse para la cirugía, busque la opinión de un cirujano experimentado. Los hospitales que hacen muchas cirugías suelen tener mejores resultados a largo plazo. Puede pedir la derivación a un hospital o centro oncológico que tenga experiencia en el tratamiento del TEGI.

La cirugía o resección tumoral se basa en la forma más segura y adecuada de eliminar el cáncer. La extirpación del cáncer mediante cirugía puede realizarse de diferentes maneras, según las circunstancias específicas. Los tumores ubicados en lugares de difícil acceso, en particular, los tumores grandes o los que se han diseminado (han hecho metástasis) a otros órganos, podrían no poder extirparse mediante cirugía.

Quizás deba someterse a más de una cirugía. También es posible que le coloquen un drenaje temporario en la herida para evitar que se acumule líquido en el cuerpo después de la operación.

Objetivo de la cirugía

El objetivo de la cirugía es eliminar todo el cáncer visible. A tal efecto, se extirpa el tumor junto con un borde de tejido de aspecto normal que se encuentre alrededor del borde, llamado margen quirúrgico.

El margen quirúrgico puede tener un aspecto normal durante la cirugía, pero es posible que se encuentren células cancerosas cuando un anatomopatólogo las observe al microscopio después del análisis. En ambos casos, se conoce como margen positivo. Es posible que necesite otra cirugía para intentar eliminar las células tumorales remanentes.

Si no se encuentran células cancerosas en el tejido alrededor del borde del tumor ni se detectan en las pruebas posteriores, hay un margen claro o negativo.

TEGI muy pequeños del estómago

Los TEGI muy pequeños del estómago (de menos de 2 centímetros o de casi el ancho del dedo de un adulto) tienen pocas probabilidades de diseminarse.

A partir de los resultados de la biopsia (si están disponibles) y de los estudios de diagnóstico por imágenes, su médico buscará características que indiquen que el tumor crecerá con rapidez, conocidas como características de alto riesgo. Si se encuentran características de alto riesgo, se recomienda una cirugía para extirpar el TEGI. Consulte “Tratamiento después de la intervención quirúrgica” en la página 17 para conocer los pasos siguientes.

Para los TEGI muy pequeños del estómago sin características de alto riesgo, no se necesita tratamiento. En su lugar, el tumor puede controlarse con un estudio de diagnóstico por imágenes no invasivo o con una endoscopia. Esta opción tiene riesgos. Hable con su médico sobre si esta es la mejor opción para usted.

Todos los demás TEGI

La cirugía para extirpar el TEGI puede ser su primer tratamiento. Solo se realizará si su equipo de atención médica determina que es segura para usted. La cirugía para extirpar un TEGI requiere mucha destreza.

Según el tamaño y la ubicación del tumor, la cirugía puede ser difícil. Los TEGI son frágiles y se rompen con facilidad. Además, los órganos y tejidos cercanos pueden verse afectados. Es posible que haya que extirpar vasos sanguíneos, o cortar partes de ellos y volver a unirlas. Es posible que haya que extirpar y volver a unir partes del estómago u otros órganos.

El mejor resultado quirúrgico posible se llama margen negativo sin que el tumor se fragmente ni se rompa. Un margen negativo significa que no quedan células tumorales en el lugar de donde se extirpó el tumor. Deben extirparse todos los tumores para obtener un margen negativo.

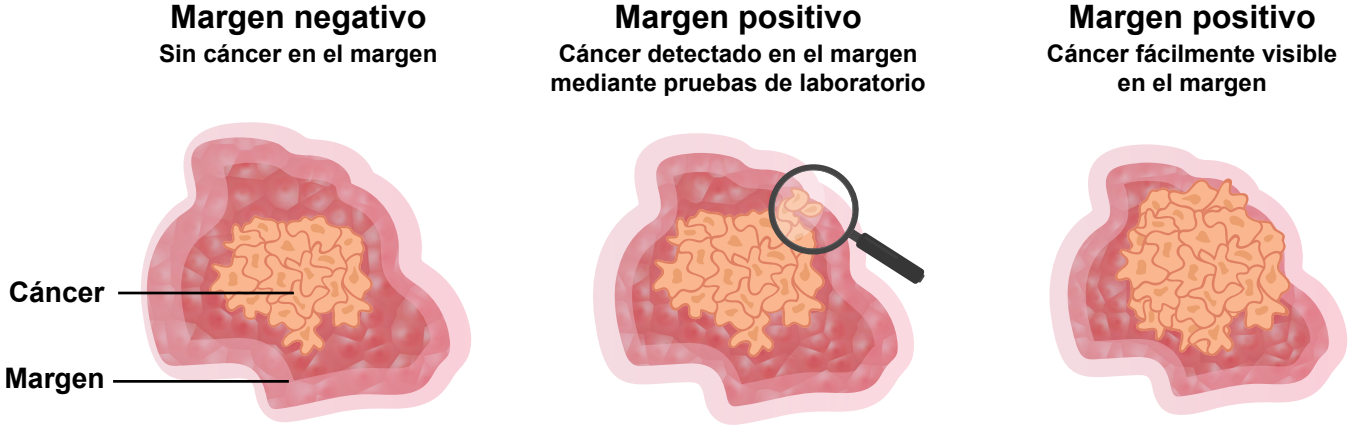
Si hay un riesgo alto de problemas graves a causa de la cirugía, es posible que reciba primero el tratamiento farmacológico. Este puede reducir el tumor y hacer que la cirugía sea menos riesgosa o menos extensa.

Si se planifica un tratamiento farmacológico, se realizará una biopsia del tumor. Esto tiene dos propósitos principales. La muestra de la biopsia se analiza para confirmar que el tumor es un TEGI. La muestra también se usa para las pruebas de biomarcadores.

Las pruebas de biomarcadores son necesarias porque algunos tratamientos farmacológicos funcionan mejor en cánceres con ciertas mutaciones genéticas u otros biomarcadores.

Margen quirúrgico

Se extirpa el tumor, junto con algo de tejido de aspecto normal que lo rodea. El tejido de aspecto normal se llama margen quirúrgico. El margen quirúrgico se examina para detectar cáncer. El tratamiento posquirúrgico se basará en si hay cáncer en los márgenes.



Para conocer el tratamiento farmacológico recomendado según el biomarcador, consulte la **Guía 1**. Si el TEGI no tiene ninguno de los biomarcadores que se mencionan en la **Guía 1**, no se recomienda el tratamiento farmacológico antes de la cirugía.

Es importante tomar su tratamiento farmacológico, conocido como inhibidor de la tirosina cinasa (TKI), según las indicaciones. Los TEGI pueden empeorar si deja de tomar el medicamento o si omite dosis.

Antes de comenzar el tratamiento farmacológico, le realizarán una TC o una RM del abdomen y la pelvis. Su médico también puede indicar una TEP/TC. Durante el tratamiento farmacológico, se usarán estudios de diagnóstico por imágenes para controlar cómo está funcionando el tratamiento.

Se recomienda una TC o una RM cada 2 a 3 meses. Los resultados de estos estudios se compararán con sus estudios originales (de referencia).

Si el tumor **se ha reducido** o ha dejado de crecer, el tratamiento farmacológico continuará hasta que su médico considere que ha brindado todo el beneficio posible. Esto puede llevar de 6 a 9 meses, o más. En ese momento, su médico y su cirujano decidirán si la cirugía es apropiada y cuándo realizarla.

Después de la cirugía, es posible que se necesite más tratamiento.

Si el TEGI **ha crecido** durante el tratamiento farmacológico y la cirugía no llega a ser posible, consulte “Progresión”, a partir de la página 18.

Guía 1
Tratamiento farmacológico antes de la cirugía para candidatos de alto riesgo

Biomarcador	Tratamiento farmacológico recomendado
Mutaciones de *KIT* o *PDGFRA*	Imatinib (Gleevec)
Mutaciones de *PDGFRA* que no responden al imatinib, incluida la D842V	Avapritinib (Ayvakit)
***Deficiencia de** SDH*	Ensayo clínico, regorafenib (Stivarga), sunitinib (Sutent)
***Fusiones de** NTRK*	Entrectinib (Rozlytrek), larotrectinib (Vitrakvi), repotrectinib (Augtyro)
***Mutación de** BRAF* V600E	Dabrafenib (Tafinlar) + trametinib (Mekinist)

Tratamiento después de la intervención quirúrgica

Si los resultados de la cirugía son muy buenos, se habla de resección completa. En este caso, es posible que comience a tomar imatinib (o que continúe tomándolo). Esto depende de lo siguiente:

- El riesgo de recidiva según las características del tumor.
- Si recibió tratamiento farmacológico antes de la cirugía (y, de ser así, de qué tipo).

Si **no** recibió ningún tipo de tratamiento farmacológico antes de la cirugía y el riesgo de recidiva es **bajo**, se recomienda la observación. La observación también se recomienda para los TEGI con mutaciones que no responden al imatinib.

Si **no** recibía ningún tipo de tratamiento farmacológico antes de la cirugía y el riesgo de recidiva es **alto**, se recomienda comenzar con imatinib para los TEGI con mutaciones que responden a este fármaco.

Si tomaba imatinib antes de la cirugía y el riesgo de recidiva es **alto**, se recomienda continuar con imatinib.

Si tomaba alguno de los tratamientos farmacológicos que se mencionan a continuación antes de la cirugía por un único tumor, no se necesita más tratamiento.

- Avapritinib
- Sunitinib
- Dabrafenib más trametinib
- Entrectinib
- Larotrectinib
- Repotrectinib

Si comienza (o continúa) con imatinib después de la cirugía, hable con su médico sobre cuánto tiempo puede esperar tomarlo. No hay una recomendación única que sirva para todos. Se desconoce la duración óptima del tratamiento farmacológico después de la cirugía. En la enfermedad de alto riesgo, puede administrarse durante al menos 3 años después de la cirugía.

“Voy un día a la vez. A veces, la fatiga es mayor que otros días. Hay que perseverar”.

Vigilancia después de la cirugía

Las pruebas se usan para detectar lo antes posible los signos de que el cáncer ha vuelto a aparecer. Esto se llama vigilancia. La vigilancia después de la **extirpación completa** de un TEGI incluye exámenes físicos y estudios de diagnóstico por imágenes del estómago y de la zona de las caderas.

Se recomiendan cada 3 a 6 meses durante los 5 años posteriores a la cirugía. Para las personas con alto riesgo de recidiva, se recomiendan pruebas cada 3 meses. Después de 5 años, la mayoría de las personas se realizan estudios de diagnóstico por imágenes y un examen físico una vez al año.

Algunas personas pueden necesitar una vigilancia menos frecuente. Las personas con tumores de bajo riesgo o muy pequeños pueden realizarse estudios de diagnóstico por imágenes con menos frecuencia que la descrita arriba. Además, las personas con tumores de alto riesgo que suspenden el tratamiento con TKI pueden realizarse estudios de diagnóstico por imágenes con más frecuencia. Converse con su médico sobre qué frecuencia es más adecuada para usted.

Recidiva o extensión

Recidivante describe el cáncer que vuelve a aparecer después del tratamiento. Metastásico describe el cáncer que se ha diseminado a zonas del cuerpo alejadas del lugar donde comenzó.

Los TEGI recidivantes o metastásicos reciben tratamiento farmacológico. Por lo general, el tratamiento se necesita de por vida.

El imatinib es el tratamiento de primera línea preferido para los TEGI con mutaciones que responden a este fármaco, incluida la mayoría de las mutaciones del exón 18 de *PDGFRA*. El avapritinib es el preferido para los TEGI con mutaciones del exón 18 de *PDGFRA*, incluida la D842V, que no responden al imatinib.

Si no es candidato para recibir imatinib o avapritinib, puede tener otras opciones. Esto depende de las mutaciones que se encuentren en las pruebas de biomarcadores. Las opciones para los biomarcadores menos frecuentes son las siguientes:

- **TEGI con fusión del gen *NTRK:*** larotrectinib o entrectinib.
- **TEGI con deficiencia de *SDH:*** sunitinib, regorafenib o un ensayo clínico.
- **TEGI con mutación de *BRAF* V600E:** dabrafenib más trametinib.

Progresión

El tumor puede crecer o diseminarse durante el tratamiento con imatinib o avapritinib. Si el nuevo crecimiento es limitado, puede ser posible extirpar o controlar el cáncer con tratamientos locales. Por ejemplo:

- Resección (cirugía).
- Ablación, embolización o quimioembolización (consulte la página 20 para obtener más información).
- Radioterapia paliativa para aliviar los síntomas.

Otra opción recomendada ante la progresión es cambiar a otro fármaco. Consulte la ilustración de la página siguiente para conocer los medicamentos que suelen administrarse después del imatinib o el avapritinib, y en adelante. Otra opción recomendada puede ser aumentar la dosis de imatinib si está tomando la dosis estándar. Esto puede funcionar mejor en personas con mutaciones del exón 9 de *KIT*.

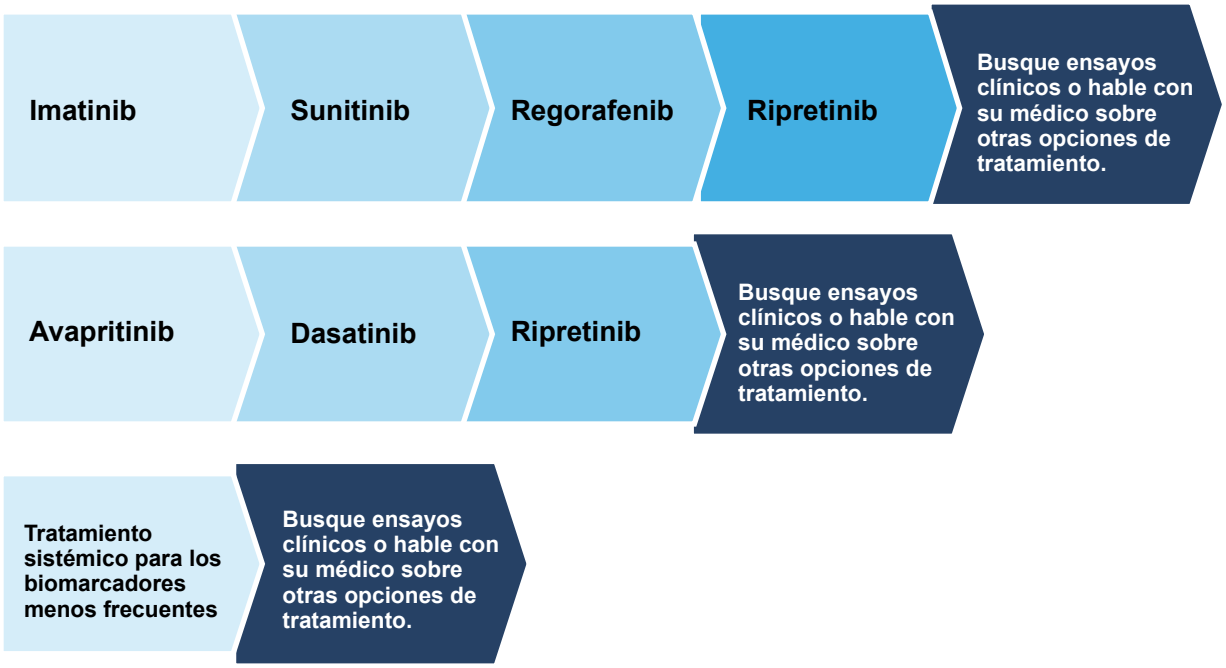
Si el nuevo crecimiento es extenso, cambiar de medicamento o aumentar la dosis de imatinib suele considerarse solo en personas que, por lo demás, tienen un estado de salud bastante bueno.

Los médicos llaman a esto estado funcional. Es una clasificación de su capacidad para realizar las tareas diarias de forma independiente.

Si un TEGI se disemina o sigue creciendo a pesar del tratamiento con los TKI que se muestran en la ilustración, hay otros que pueden administrarse. Su médico puede recomendar otra biopsia. El objetivo es buscar mutaciones poco frecuentes que puedan tener un tratamiento dirigido específico. Considere participar en un ensayo clínico para su tratamiento. Su equipo de atención médica puede ayudarlo a encontrar ensayos abiertos para los que podría ser elegible. Consulte la página 21 para obtener más información.

El mejor tratamiento complementario siempre es una opción para el TEGI progresivo. Se puede usar solo o junto a otros tratamientos para mejorar la calidad de vida. Esta atención puede incluir reanudar el tratamiento con TKI para ayudar a controlar los síntomas.

Tratamiento sistémico para el TEGI irresecable, progresivo o metastásico



Destrucción directa de las células tumorales

Ablación

La ablación es un tipo de tratamiento que usa calor o frío extremos para destruir las células cancerosas.

Es posible que ya le hayan eliminado un lunar o una verruga mediante congelación, ya sea en la consulta del dermatólogo o en casa con una solución congelante de venta libre.
El principio es el mismo.

La ablación puede destruir tumores pequeños (de 3 centímetros o menos, el tamaño de una uva) y causa poco daño al tejido circundante. Los tumores deben estar en una zona a la que se pueda acceder mediante ablación y no estar ubicados cerca de otros órganos importantes, vasos sanguíneos o conductos biliares.

Estos son los tipos de ablación:

- **Térmica**: utiliza calor generado por ondas de radio o microondas para destruir las células cancerosas. Este tipo de ablación puede no ser adecuado para algunos tumores.
- **Crioablación**: congela las células cancerosas con una sustancia muy fría.

La ablación se puede realizar a través de la piel, mediante pequeños cortes (laparoscópica) o mediante una incisión grande, como en la cirugía (abordaje abierto).

Todos los tipos de ablación utilizan una aguja especial, llamada sonda, que se introduce en el tumor. La sonda se coloca en su lugar mediante una TC, una ecografía u otro tipo de estudios de diagnóstico por imágenes.
Se retira después del procedimiento.

Terapia directa

La terapia directa (también llamada tratamiento dirigido por vía arterial) trata los tumores mediante inyecciones de partículas, quimioterapia o microesferas radiactivas directamente en los vasos sanguíneos que irrigan los tumores.

Se introduce un pequeño catéter en una arteria y se lo guía hasta el tumor. Una vez en su lugar, se inyectan las partículas, la quimioterapia o las microesferas. Estos tratamientos duran unos días, pero actúan directamente sobre el suministro sanguíneo del tumor, y pueden ser eficaces para reducir su tamaño.

Tipos comunes de tratamiento dirigido por vía arterial:

- El **bloqueo del flujo sanguíneo** (embolización transarterial) consiste en inyectar pequeñas partículas en los vasos sanguíneos que alimentan los tumores. Al detener el flujo sanguíneo, se corta el suministro de oxígeno al tumor y se provoca la muerte de las células cancerosas.
- La **quimioterapia y el bloqueo del flujo sanguíneo** (quimioembolización transarterial) consisten en inyectar una mezcla de quimioterapia en el tumor para bloquear los vasos sanguíneos conectados a los tumores.
- Las **microesferas de quimioterapia** (quimioembolización transarterial con microesferas liberadoras de fármacos) son pequeñas partículas cargadas con quimioterapia que se inyectan en los vasos sanguíneos que irrigan los tumores. Las partículas liberan pequeñas cantidades de quimioterapia al tumor durante varios días.
- Las **microesferas radiactivas** (radioembolización) son microesferas de vidrio o resina llenas de una sustancia radiactiva que se inyectan directamente en los tumores. A menudo, este procedimiento se conoce como Y-90.

El tipo de terapia directa recomendada dependerá del tamaño, la cantidad y la ubicación de los tumores, así como de sus antecedentes médicos previos y la experiencia de los médicos a cargo de su tratamiento.

Ensayos clínicos

Un ensayo clínico es un tipo de estudio de investigación médica. Después de desarrollar y analizar en un laboratorio nuevas formas posibles de combatir el cáncer, es necesario estudiarlas en las personas.

Si en un ensayo clínico se determina que un fármaco, un dispositivo o un método de tratamiento es seguro y eficaz, es posible que lo apruebe la FDA de Estados Unidos.

Todas las personas con cáncer deben considerar atentamente todas las opciones de tratamiento que existen para tratar su tipo de cáncer, incluidos los tratamientos habituales y los ensayos clínicos. Converse con su médico para evaluar si tiene sentido participar en un ensayo clínico.

Fases

La mayoría de los ensayos clínicos sobre el cáncer se centran en el tratamiento y se realizan por fases.

- En los **ensayos de fase 1,** se estudian la seguridad y los efectos secundarios de un fármaco o método de tratamiento en investigación.
- En los **ensayos de fase 2,** se evalúa el grado en que un fármaco o método actúa contra un tipo de cáncer específico.
- En los **ensayos de fase 3,** se evalúa el fármaco o el método en comparación con el tratamiento habitual. Si los resultados son buenos, puede ser aprobado por la FDA.
- En los **ensayos de fase 4**, se estudian la seguridad y el beneficio de un tratamiento aprobado por la FDA.

¿Quién puede inscribirse?

Depende de las normas del ensayo clínico, denominadas criterios de elegibilidad. Las normas pueden referirse a la edad, el tipo y el estadio del cáncer, los antecedentes de tratamiento o el estado de salud general. Estas garantizan que los participantes se asemejen en formas específicas y que el ensayo sea lo más seguro posible para los participantes.



Dónde buscar ensayos clínicos

En los Estados Unidos

Centros oncológicos de NCCN

NCCN.org/cancercenters

The National Cancer Institute (NCI)

cancer.gov/about-cancer/treatment/clinical-trials/search

En el mundo

The U.S. National Library of Medicine (NLM)

clinicaltrials.gov

¿Necesita ayuda para buscar un ensayo clínico?

Servicio de Información de Cáncer (Cancer Information Service, CIS) del NCI

+1 800.4.CANCER (+1 800.422.6237)

cancer.gov/contact

Consentimiento informado

Un equipo de investigación administra los ensayos clínicos. Este grupo de expertos revisará el estudio con usted en detalle, incluidos el propósito, y los riesgos y beneficios de participar. Toda esta información también se proporciona en un formulario de consentimiento informado. Lea el formulario detenidamente y haga preguntas antes de firmarlo. Tómese el tiempo que necesite para conversar con personas de su confianza.

Tenga en cuenta que puede abandonar el ensayo clínico y recibir un tratamiento fuera de este en cualquier momento.

¿Recibiré un placebo?

Los placebos (versiones inactivas de medicamentos reales) casi nunca se usan solos en los ensayos clínicos sobre el cáncer. Es común recibir el placebo con el tratamiento habitual o el medicamento nuevo con el tratamiento estándar. Antes de inscribirse, se le informará, verbalmente y por escrito, si el ensayo clínico tiene previsto el uso de un placebo.

¿Los ensayos clínicos son gratuitos?

No tiene que pagar nada para inscribirse en un ensayo clínico. El patrocinador del estudio paga los costos relacionados con la investigación, incluido el fármaco del estudio. Pero es posible que tenga que pagar otros servicios, como transporte o servicios de cuidado infantil, debido a las consultas adicionales. Durante el ensayo, continuará recibiendo la atención habitual contra el cáncer. Este tipo de atención a menudo está cubierto por el seguro.

Tratamiento complementario

El tratamiento complementario es una parte importante de su atención oncológica. Tiene como objetivo mejorar su calidad de vida durante el tratamiento del cáncer y después de este. El tratamiento complementario es para todas las personas con cáncer y sus familias, no solo para las que se encuentran al final de la vida. También se conoce como cuidados paliativos.

El tratamiento complementario incluye una amplia variedad de servicios. Previene o trata los síntomas del cáncer y los efectos secundarios de su tratamiento, como el dolor y la fatiga relacionada con el cáncer. También aborda los problemas mentales, sociales, emocionales y espirituales a los que se enfrentan las personas con cáncer.

El tratamiento complementario proporciona ayuda con otras necesidades, por ejemplo:

- Toma de decisiones sobre el tratamiento.
- Coordinación de la atención médica.
- Pago de la atención médica.
- Planificación anticipada de la atención y relacionada con el final de la vida.

Lea más sobre los tipos de apoyo que puede recibir en *NCCN Guidelines for Patients: Cuidados paliativos, disponible* en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.



Puntos clave

- No se necesita tratamiento para los tumores del estroma gastrointestinal (TEGI) muy pequeños y de bajo riesgo. Es posible que le realicen pruebas para controlar el tamaño del tumor. Pero la vigilancia en lugar de la cirugía tiene riesgos. Hable con su médico sobre si esta es la mejor opción para usted.
- Cuando es posible, se recomienda la cirugía para todos los demás TEGI. Si la cirugía es demasiado riesgosa, es posible que reciba primero el tratamiento farmacológico para reducir el tumor.
- Si se planifica el tratamiento farmacológico antes de la cirugía, se necesita una biopsia para confirmar que el tumor es un TEGI.
- Después de la resección completa, se recomiendan un examen físico y una TC cada 3 a 6 meses durante los 5 años posteriores a la cirugía.
- Si es necesario, el mejor tratamiento farmacológico para usted depende de las mutaciones y otras características que se encuentren en las pruebas de biomarcadores.
- La mayoría de los TEGI tienen mutaciones de *KIT* o de *PDGFRA*. El imatinib suele ser la mejor opción para estos tumores.
- El avapritinib se recomienda para los TEGI con ciertas mutaciones de *PDGFRA*, como la D842V, que no responden al imatinib.
- Para los TEGI que progresan con todos los tratamientos farmacológicos recomendados, debe considerarse la inscripción en un ensayo clínico para recibir tratamiento.

Preguntas para hacer

- ¿Qué sucede si estoy embarazada o planeo quedar embarazada?
- ¿Alguna alternativa ofrece una cura o control del cáncer a largo plazo?
- ¿Cuáles son los efectos secundarios previstos del tratamiento?
- ¿Cómo puedo obtener una segunda opinión?
- ¿De cuánto tiempo dispongo para decidir sobre el tratamiento? ¿Hay alguien que pueda ayudarme a decidir?

4
Otros recursos

25 Qué más hay que saber

25 Qué más hacer

25 Dónde obtener ayuda

25 Preguntas para hacer

¿Quiere saber más? Aquí le explicamos cómo obtener ayuda adicional.

Qué más hay que saber

En esta guía, encontrará ayuda para conocer las opciones disponibles, de modo que pueda tomar decisiones informadas y mejorar su atención oncológica. Pero no es el único recurso que tiene.

Solicite toda la información posible y la ayuda que necesite. A muchas personas les interesa saber más sobre los siguientes temas:

- Conocer los detalles del tratamiento y sus efectos secundarios.
- Participar en un equipo de atención médica.
- Obtener ayuda económica.
- Encontrar a un profesional de atención oncológica que sea experto en su campo.
- Lidiar con otros problemas de salud.

Qué más hacer

Su centro de salud puede ayudarlo con los próximos pasos. Generalmente, dispone de recursos *in situ* para ayudar a satisfacer sus necesidades y encontrar respuestas a sus preguntas. Los centros de salud también pueden informarle de los recursos existentes en su comunidad.

Además de la ayuda de sus profesionales de atención médica, los recursos enumerados en la siguiente sección proporcionan apoyo a muchas personas como usted.

Dónde obtener ayuda

Consulte la lista a continuación y visite los sitios web que se indican para obtener más información sobre estas organizaciones.

Cancer*Care*
Cancercare.org

GI Cancers Alliance
gicancersalliance.org

GIST Support International
gistsupport.org

Imerman Angels
Imermanangels.org

Patient Advocate Foundation
patientadvocate.org

Sarcoma Foundation of America
curesarcoma.org

TargetCancer Foundation
Targetcancer.org

The Life Raft Group
liferaftgroup.org

Triage Cancer
Triagecancer.org

Preguntas para hacer

- ¿Debería considerar un ensayo clínico?
- ¿Cómo puedo obtener una segunda opinión?
- ¿El cáncer provoca efectos secundarios?



Palabras que debe conocer

ablación por radiofrecuencia
Tratamiento que destruye las células cancerosas al calentarlas con ondas de radio de alta energía.

biomarcador
Característica de un tumor o cáncer que se usa para guiar el tratamiento, a menudo con tratamiento farmacológico. Las mutaciones genéticas del tumor suelen servir como biomarcadores. Las proteínas que se producen en respuesta al cáncer también pueden ser biomarcadores.

biopsia mediante aspiración con aguja fina guiada por ecografía endoscópica (EUS-FNAB)
Procedimiento que extrae líquido con una aguja colocada en un dispositivo de diagnóstico por imágenes que se guía a través de una abertura natural.

crioablación
Uso de una sonda especial que destruye los tumores al congelarlos. También se llama crioterapia.

deficiencia de *SDH*
Mutación genética que se encuentra a menudo en niños y adultos jóvenes con TEGI; sirve como biomarcador para guiar el tratamiento farmacológico.

embolización
Tratamiento que corta el suministro de sangre a los tumores mediante la inserción de microesferas en una arteria.

fusión de *NTRK*
Biomarcador poco frecuente que se encuentra en los TEGI.

inhibidor de la tirosina cinasa (TKI)
El tipo de fármaco que se usa con más frecuencia para tratar los TEGI.

mutación del gen *KIT*
La mutación genética más frecuente que se encuentra en los TEGI; sirve como biomarcador para guiar el tratamiento farmacológico.

mutación del gen *PDGFRA*
La segunda mutación genética más frecuente que se encuentra en los TEGI; sirve como biomarcador para guiar el tratamiento farmacológico.

mutaciones V600E de *BRAF*
Mutación genética poco frecuente que se encuentra en los TEGI; sirve como biomarcador para guiar el tratamiento farmacológico.

quimioembolización
Tratamiento con microesferas recubiertas de un fármaco de quimioterapia que bloquea el suministro de sangre a los tumores.

sarcoma
Cáncer en las células óseas o de tejidos blandos.

secuenciación multigénica
Prueba de biomarcadores que busca un grupo grande (panel) de mutaciones y otros biomarcadores a la vez.

terapia directa
Tratamiento que destruye tumores muy pequeños con calor, frío, láser o sustancias químicas. También se llama ablación.

Colaboradores de NCCN

Esta guía para pacientes se basa en NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para tumores del estroma gastrointestinal, versión 1.2026. Fue adaptada, revisada y publicada con la colaboración de las siguientes personas:

Dorothy A. Shead, máster en Ciencias
Vicepresidenta adjunta
Información para el paciente

Tim Rinehart, máster en Ciencias
Redactor médico

Susan Kidney
Especialista sénior en Diseño Gráfico

NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para tumores del estroma gastrointestinal, versión 1.2026, fueron elaboradas por los siguientes miembros del panel de NCCN:

Dra. Margaret von Mehren, presidenta
Fox Chase Cancer Center

Dr. John M. Kane III, vicepresidente
Roswell Park Comprehensive Cancer Center

Dra. Samantha A. Armstrong
Indiana University Melvin and Bren Simon Comprehensive Cancer Center

Dra. Tessa Balach
The UChicago Medicine Comprehensive Cancer Center

Dr. Andrew J. Bishop
The University of Texas MD Anderson Cancer Center

Dra. Darya Buehler
University of Wisconsin Carbone Cancer Center

Dra. Shauna R. Campbell
Case Comprehensive Cancer Center/ University Hospitals Seidman Cancer Center and Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute

Dra. Janai Carr-Ascher, doctora en Medicina
UC Davis Comprehensive Cancer Center

Dr. Edwin Choy, doctor en Medicina
Mass General Cancer Center

* Mary Connolly, máster en Trabajo social
The Ohio State University Comprehensive Cancer Center - James Cancer Hospital and Solove Research Institute

Dra. Amanda Dann
UT Southwestern Simmons Comprehensive Cancer Center

* Dra. Elizabeth J. Davis
Vanderbilt-Ingram Cancer Center

Dra. Sarah Dry
UCLA Jonsson Comprehensive Cancer Center

Dra. Vanessa Eulo
O'Neal Comprehensive Cancer Center, UAB

Dra. Kristen N. Ganjoo
Stanford Cancer Institute

Dr. Ricardo J. Gonzalez
Moffitt Cancer Center

Dr. Pedro A. Hermida De Viveiros
Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center, Northwestern University

Dra. Ying J. Hitchcock
Huntsman Cancer Institute, University of Utah

Dr. Edward Kim
Fred Hutchinson Cancer Center

Dr. Daniel S. Lefler
Abramson Cancer Center, University of Pennsylvania

Dr. David Liebner
The Ohio State University Comprehensive Cancer Center - James Cancer Hospital and Solove Research Institute

* Dr. Martin McCarter
University of Colorado Cancer Center

Dr. Sean V. McGarry
Fred & Pamela Buffett Cancer Center

Dr. Christian Meyer, doctor en Medicina
Johns Hopkins Kimmel Cancer Center

Dr. Kambiz Motamedi
UCLA Jonsson Comprehensive Cancer Center

Dra. Sujana Movva
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

Dr. Alberto S. Pappo
St. Jude Children's Research Hospital/ The University of Tennessee Health Science Center

Dr. Richard F. Riedel
Duke Cancer Institute

Steven Robinson, licenciado en Medicina y Cirugía
Mayo Clinic Comprehensive Cancer Center

Dra. Laura H. Rosenberger, máster en Ciencias
Duke Cancer Institute

Dr. Scott M. Schuetze, doctor en Medicina
University of Michigan Rogel Cancer Center

* Dr. Jason K. Sicklick
UC San Diego Moores Cancer Center

Dr. William W. Tseng
City of Hope National Medical Center

* Dra. Mia C. Weiss
Siteman Cancer Center, Barnes-Jewish Hospital and Washington University School of Medicine

Dra. Melissa Zimel
UCSF Helen Diller Family Comprehensive Cancer Center

NCCN

Mary Anne Bergman
Coordinadora de las Guías

Vaishnavi Sambandam, doctora en Medicina
Científica en Oncología/redactora médica

* Revisaron esta guía para pacientes. Para divulgaciones, visite NCCN.org/disclosures.

Centros oncológicos de NCCN

Para obtener información de contacto,
visite NCCN.org/cancercenters.

Abramson Cancer Center,
University of Pennsylvania
Filadelfia, Pensilvania

Case Comprehensive Cancer Center/
University Hospitals Seidman Cancer Center and
Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute
Cleveland, Ohio

City of Hope National Medical Center
Duarte, California

Dana-Farber Cancer Institute
Boston, Massachusetts

Duke Cancer Institute
Durham, Carolina del Norte

Fox Chase Cancer Center
Filadelfia, Pensilvania

Fred & Pamela Buffett Cancer Center
Omaha, Nebraska

Fred Hutchinson Cancer Center
Seattle, Washington

Huntsman Cancer Institute, University of Utah
Salt Lake City, Utah

Indiana University Melvin and Bren Simon
Comprehensive Cancer Center
Indianápolis, Indiana

Johns Hopkins Kimmel Cancer Center
Baltimore, Maryland

Mass General Brigham Cancer Institute
Boston, Massachusetts

Mayo Clinic Comprehensive Cancer Center
Phoenix/Scottsdale, Arizona
Jacksonville, Florida
Rochester, Minnesota

Memorial Sloan Kettering Cancer Center
Nueva York, Nueva York

Moffitt Cancer Center
Tampa, Florida

O'Neal Comprehensive Cancer Center, UAB
Birmingham, Alabama

Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center,
Northwestern University
Chicago, Illinois

Roswell Park Comprehensive Cancer Center
Búfalo, Nueva York

Siteman Cancer Center, Barnes-Jewish Hospital
and Washington University School of Medicine
San Luis, Misuri

St. Jude Children's Research Hospital/
The University of Tennessee Health Science Center
Memphis, Tennessee

Stanford Cancer Institute
Stanford, California

The Ohio State University Comprehensive Cancer Center
- James Cancer Hospital and Solove Research Institute
Columbus, Ohio

The UChicago Medicine Comprehensive Cancer Center
Chicago, Illinois

The University of Texas MD Anderson Cancer Center
Houston, Texas

UC Davis Comprehensive Cancer Center
Sacramento, California

UC San Diego Moores Cancer Center
La Jolla, California

UCLA Jonsson Comprehensive Cancer Center
Los Ángeles, California

UCSF Helen Diller Family Comprehensive Cancer Center
San Francisco, California

University of Colorado Cancer Center
Aurora, Colorado

University of Michigan Rogel Cancer Center
Ann Arbor, Michigan

University of Wisconsin Carbone Cancer Center
Madison, Wisconsin

UT Southwestern Simmons
Comprehensive Cancer Center
Dallas, Texas

Vanderbilt-Ingram Cancer Center
Nashville, Tennessee

Yale Cancer Center/Smilow Cancer Hospital
New Haven, Connecticut

Índice

ablación 20

asesor genético 11-12

atención oncológica multidisciplinaria 14

avapritinib 16-19, 23

biopsia 8, 10, 14-15, 23

- con aguja gruesa guiada por EE (EUS-CNB) 10
- guiada por ecografía endoscópica (EE) 10
- mediante aspiración con aguja fina guiada por EE (EUS-FNAB) 10

calidad de vida 19, 22

características de alto riesgo 14, 16

cirugía 6, 14-18, 23

- objetivo 14
- tratamiento posterior 17

cuidados paliativos 18, 22

dabrafenib 16-18

dasatinib 19

deficiencia de SDH 11-12, 16, 18

distensión abdominal 5

dolor abdominal 5

drenaje de la herida 14

endoscopia superior 10

endoscopio/endoscopia 10, 14

ensayos clínicos 16-19, 21-23, 25

- consentimiento informado 21-22
- criterios de elegibilidad 21
- fases 21
- placebo 22

entrectinib 16-18

esófago 5, 10

estado funcional 18-19

estómago 5, 10, 14

estudios de diagnóstico por imágenes 8-9, 12, 14, 16, 18, 23

- exploración por RM 9
- exploración por TC 8-9
- exploración por TEP 9

exploración por RM 9, 12, 16

exploración por TC 8-9, 12, 14, 16, 18, 23

exploración por TEP 9

exploración por TEP/TC 9

fases de los ensayos clínicos 21

fusión del gen *NTRK* 11-12, 16, 18

imatinib 16-19, 23

inhibidor de la tirosina cinasa (TKI) 16, 18-19

intestino delgado 5

larotrectinib 16-18

Índice

margen negativo 14-15
margen positivo 14-15
márgenes
negativo 14-15
positivo 14-15
medio de contraste 8-9, 12
mejor tratamiento complementario 19, 22-23
mutación del gen *NF1* 11-12
mutaciones del gen *KIT* 11-12, 16-18, 23
mutaciones del gen *PDGFRA* 11-12, 16-18, 23
observación 17
otros recursos (capítulo) 24-25
placebo 22
progresión (del TEGI) 18-19
pruebas de biomarcadores 10-12, 15-16, 23
deficiencia de *SDH* 11-12, 16, 18
fusión del gen *FGFR* 11-12
fusión del gen *NTRK* 11-12, 16, 18
mutación del gen *BRAF* 11-12, 16, 18
mutación del gen *KIT* 11-12, 16-18, 23
mutación del gen *NF1* 11-12
mutación del gen *PDGFRA* 11-12, 16-18, 23
secuenciación multigénica 11
quimioembolización 18, 20
radiólogo 8
recidiva/TEGI recidivante 17-18
regorafenib 16, 18-19
repotrectinib 16, 17
resección (cirugía) 14-15, 18
resección completa 15, 17-18, 23
resección tumoral 14
ripretinib 19
sangre en las heces/el vómito 5
sarcoma de tejidos blandos 5
secuenciación multigénica 11
segunda opinión 23, 25
seguro 12, 22
síntomas 5
sunitinib 16, 18-19
TEGI metastásico 18-19
TEGI muy pequeños del estómago 6, 14, 23
terapia directa 20
embolización transarterial 20
quimioembolización transarterial 20
radioembolización (Y-90) 20
trametinib 16, 17, 18
tratamiento complementario 19, 22-23
tratamiento farmacológico 6, 14-19
duración después de la cirugía 17
vigilancia después de la cirugía 18
Y-90 (radioembolización) 20

Notas



NCCN Guidelines for Patients®

Recomendaciones sobre el tratamiento del cáncer de parte de los principales expertos de National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®)

Tumores del estroma gastrointestinal



El camino hacia el futuro comienza aquí.

Donar ahora

National Comprehensive Cancer Network® Foundation

National Comprehensive Cancer Network®

3025 Chemical Road, Suite 100
Plymouth Meeting, PA 19462
+1 215.690.0300

NCCN.org/patients - Para pacientes | NCCN.org - Para médicos

PAT-N-2001-1226