

CASO CLINICO

Dr. Gustavo Sergio Vidales Mostajo *

**Tumores Subepiteliales Gastrointestinales.
Utilidad Diagnóstica y Terapéutica del
Ultrasonido Endoscópico.****RESUMEN****Objetivos**

Hacer conocer la utilidad del ultrasonido endoscópico en el diagnóstico y terapéutica de los tumores subepiteliales gastrointestinales.

Diseño

Casos clínicos

Lugar

Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés La Paz.

Servicio de Ultrasonido endoscópico.

Pacientes

4 pacientes portadores de tumores subepiteliales.

Discusión

Se resaltan los aspectos más importantes de la utilidad diagnóstica y terapéutica que aporta el ultrasonido endoscópico en los tumores subepiteliales del tubo gastrointestinal.

Palabras claves

Rev. Cuadernos 2005;50(2):55-60 Tumores submucosos, tumores subepiteliales, ultrasonido endoscópico.

ABSTRACT**Objectives**

To communicate the utility of the endoscopic ultrasonography in the diagnosis and the therapeutic decision in the gastrointestinal subepithelial tumors.

Design

Clinical cases

Place

Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés - La Paz

Unit of endoscopic ultrasonography.

Patients

Four patients with subepithelial tumors.

Discussion

We emphasize the most important aspects for diagnosis and treatment of the endoscopic ultrasound method in subepithelial tumors of the gastrointestinal tract.

Key words

Submucous tumors, sub-epithelial tumors, endoscopic ultrasonography.

* Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés La Paz.
Servicio de Ultrasonido Endoscópico

INTRODUCCION

Los tumores "sub-epiteliales" gastrointestinales, mal llamados tumores submucosos, se desarrollan en el interior de la pared del tubo digestivo, se pueden clasificar actualmente de acuerdo a técnicas de inmunohistoquímica en una amplia gama de tumores.

Desde la llegada del ultrasonido endoscópico (USE) llamado también ecoendoscopia o ultrasonografía endoscópica se puede definir con mucha certeza de que capa proviene dicha lesión y por su aspecto ecográfico (muy o poco hipocogénico, transecoico, hiperecoico, anecoico) y por su posición en las diversas capas de la pared es posible predecir en determinados casos la naturaleza histológica del tumor con una sensibilidad tan alta como del 95%; además de hacer el diagnóstico diferencial si este levantamiento no es una compresión extrínseca con una sensibilidad de 100%.^(1,3)

Al no existir experiencia previa publicada en el medio acerca de este método nuevo es importante conocer la utilidad diagnóstica y terapéutica del mismo.

MATERIAL Y METODOS

Se realizaron todos los estudios con un equipo de eco-endoscopia radial 130 Olympus que presenta dos frecuencias una de 7,5 y otra de 12 Mhz.

Todos los pacientes recibieron antiespasmódico endovenoso antes del estudio y se realizó el mismo con sedación consciente como se la realiza para cualquier endoscopia alta.

CASOS CLÍNICOS

Caso Clínico 1.- Paciente de 52 años de edad, masculino, al que se le realiza una endoscopia alta por pirosis, dolor epigástrico, y se observa en este estudio signos de esofagitis péptica leve además de un sollevamiento al nivel de la región cardinal el mismo está cubierto de mucosa de aspecto normal.

En el estudio se observa que este tumor subepitelial corresponde a una imagen hipocóica en la cuarta capa de la imagen ecoendoscópica lo cual sugiere fuertemente la posibilidad de que se trate de un leiomioma esofágico. (Figura Nº 1)

Caso clínico 2.- Paciente de 49 años de edad, femenino que consulta por presentar síntomas dispépticos; se le realiza una endoscopia digestiva alta en la que se encuentra un sollevamiento al nivel de la curvatura mayor en región antral la misma presenta una mucosa dentro de límites normales. (Figura Nº 2 A). Se le propone resección endoscópica mucosa; pero antes se decide realización de un ultrasonido endoscópico en el

que se puede observar una imagen hipocóica de bordes muy bien definidos que corresponde a cuarta capa de la imagen ecoendoscópica, esta cuarta capa es la que se correlaciona histológicamente con la muscular propia del estómago; por lo tanto esta lesión parecía corresponder a un leiomioma (Figura Nº 2B).

Caso clínico 3.- Paciente 71 años de edad, masculino el que ingresa al hospital por presentar HDA severa lo cual determina su ingreso al servicio de UTI donde se lo estabiliza hemodinámicamente y a las 48 horas se le realiza endoscopia digestiva alta donde se encuentran dos úlceras gástricas activas sin signos de sangrado reciente, además se encuentra una úlcera bulbar gigante con bordes protruyentes con hematina en su lecho (Figura Nº 2C); se le toman biopsias gástricas, y de úlcera duodenal por el aspecto infiltrativo de esta lesión; las biopsias gástricas reportan benignidad, pero la biopsia de bulbo reporta Grupo III con sospecha de Tumor submucoso ulcerado. Se le realiza ecoendoscopia en la cual se observa a este nivel un engrosamiento irregular de la cuarta capa que abarca aproximadamente el 50% de la circunferencia duodenal; los bordes marginales son irregulares poco definidos; y es de más de 30 mm de tamaño. En una parte de este engrosamiento se observa irregularidad en la parte marginal con imagen heterogénea con nódulos hipocóicos alternados por otros hiperecoicos. No existe invasión a otros órganos adyacentes. (Figura Nº 2D)

Caso clínico 4.- Paciente 44 años de edad sexo masculino al que se le realizó endoscopia alta por síndrome ulceroso y se encontró sobre curvatura mayor en región antral un sollevamiento pequeño de 1 cm de diámetro con depresión en medio de la lesión (Figura Nº 3A). Se le realizó USE en el mismo, se encontró una imagen heterogénea de bordes no muy bien definidos con imagen intralesional tubular que llega hasta la mucosa por lo que corresponde a un páncreas aberrante. (Figura Nº 3B)

DISCUSIÓN

Los tumores subepiteliales gastrointestinales, mal llamados tumores submucosos se desarrollan en el interior de la pared del tubo digestivo, se pueden clasificar actualmente por técnicas de inmunohistoquímica como lo muestra la Tabla Nº 1.⁽²⁾

Desde la llegada del ultrasonido endoscópico (USE) se puede definir la capa submucosa y se sabe que la mayoría de estos tumores provienen de capas más profundas que la submucosa pero que también existen tumores que provienen de esta capa histológica por lo que el término más correcto es "Tumores Subepiteliales" (TSE) y es así como se los nombrará en el resto de la discusión. ^(1,2)

Es difícil tener estadísticas de la frecuencia de estas lesiones ya que en la mayoría son asintomáticas; y son encontradas cuando se realiza un examen baritado, una endoscopia alta por otra causa como se observa en los casos presentados. ⁽¹⁾

Estos tumores se pueden localizar desde esófago hasta el ano, se han descrito también en el mesenterio y epiplón. Su localización más frecuente es la gástrica (60 a 70%), seguida del esófago y intestino delgado (20 a 30%).

Cuando se presentan manifestaciones como el en paciente portador de úlcera duodenal, estas dependen del tamaño y localización del tumor, las principales complicaciones son la hemorragia, obstrucción, disfagia, dolor. ^(2,5)

Endoscópicamente se observa una protusión en el lumen gastrointestinal cubierto por una mucosa aparentemente normal, las biopsias endoscópicas son generalmente negativas por la escasa profundidad de las muestras y localización de estas lesiones por debajo de la mucosa; el ultrasonido endoscópico tiene la habilidad de definir con mucha precisión de que capa histológica proviene esta lesión y por su aspecto ecográfico (muy o poco hipoecogénico, transecoico, hiperecoico, anecoico) y por su posición en las diversas capas de la pared es posible predecir en determinados casos la naturaleza histológica del tumor, además de hacer el diagnóstico diferencial si este levantamiento no es una compresión extrínseca con una sensibilidad de 100%. ^(1,3)

El tamaño y la localización de los TSE pueden ser claramente definidos y en la mayoría de los casos la decisión del manejo de los pacientes es cambiada después del resultado de USE. ^(1,2)

Esta ventaja con respecto a las demás técnicas de imagen ha permitido que el USE sea en la actualidad el mejor método para el diagnóstico de los TSE. ⁽²⁾

Yasuda et al., de 131 TSE gástricos confirmados por biopsia, mostró que el TSE más común es el leiomioma (46%); páncreas aberrante y quistes de pared fueron las otras dos con más frecuencia (21 y 18% respectivamente), los leiomiomas

y lipomas representan el otro 5% ^(1,9), aunque otras revisiones extensas, realizadas por Tio, Rosch, Caletti y Catalano tienen algunas diferencias con estas estadísticas, pero en general se mantienen estos porcentajes.

Cuando se realiza el USE de un TSE la necesidad de una confirmación histológica depende del aspecto y características del ultrasonido.

En los dos primeros casos presentados corresponden a leiomiomas uno es esofágico (caso 1) y otro gástrico (caso 2), estos tumores son benignos, de músculo liso, proviene con mayor frecuencia de la cuarta capa (muscular propia), aunque pueden también presentarse en la segunda capa (capa mucosa) y pueden ser en este caso resecaos endoscópicamente. ⁽¹⁾

Como se vio en estos pacientes estos tumores son generalmente solitarios bien definidos, están con mayor frecuencia en estomago y esófago, son asintomáticos en la mayoría de los casos. ^(1,4)

Endosonográficamente este tumor aparece como una imagen muy hipoecogénica de la cuarta capa, a veces parcelado en nódulos y asiento de calcificaciones ⁽³⁾, bien circunscrita con bordes muy bien definidos, estas características permiten hacer un diagnóstico presuntivo con alta sensibilidad como lo muestran los trabajos de Yasuda y Boyce, donde el USE tuvo una precisión diagnóstica de más del 95% en los casos de leiomioma. ⁽¹⁾ Es por estos motivos que la conducta en estos dos pacientes es control ecoendoscópico en 6 meses y de seguir de las mismas características cada año, no son candidatos a cirugía, o a resección endoscópica mucosa por la localización de estos tumores, es por este motivo que la ecoendoscopia es muy útil en estos casos ya que determina una conducta a seguir. ⁽⁷⁾

En el caso 3, se describe a una paciente con un TSE ulcerado; que presentó sangrado digestivo alto, presenta sospecha de malignidad por "tumor estromal" en la biopsia.

Si bien la mayoría de los TSE son benignos existe hasta un 15% a 20% que pueden ser malignos. ⁽⁵⁾

En el presente caso llama mucho la atención las características ecoendoscópicas, y la presentación de este TSE.

Para diferenciar por ecoendoscopia si un TSE es benigno o maligno se realizaron muchos trabajos, que demostraron que las características ecoendoscópicas nos pueden ofrecer un alto índice de seguridad en definir esta naturaleza. ^(7,8)

En el presente caso se sospecha de malignidad, ya que en dos estudios se analizaron cuales eran las características para definir si un TSE era benigno o maligno y se obtuvieron los siguientes resultados: se definió en uno de ellos que el tamaño era mayor a 4 cm, imágenes anecoicas dentro de la lesión que representan áreas de necrosis, la presencia de nódulos tenían un alto pronóstico de malignidad, por lo que cuando existía la presencia de al menos 2 de estos criterios la sensibilidad es de 80 a 100%.⁽⁸⁾

En otro estudio mas reciente se mostró que las características mas importantes eran los márgenes irregulares, espacios quísticos, adenopatías de aspecto maligno, se vio que la presencia de al menos 1 de estos criterios tiene una sensibilidad de 91% y especificidad de 88%, valor predictivo positivo (VPP) de 83%, y valor predictivo negativo (VPN) 94%, la combinación de 2 de estos criterios tienen un VPP y especificidad de 100%.⁽⁵⁾ Es por esto se debe realizar todos los esfuerzos para obtener muestra histológica y la realización de inmunohistoquímica y el conteo de mitosis que son marcadores de pronóstico.⁽⁶⁾

En contraste las tres características ecoendoscópicas para predecir benignidad, fueron márgenes regulares, diámetro menor a 30 mm y un patrón homogéneo, la combinación de estos tres criterios tienen una sensibilidad de 37% y una especificidad y un VPP de 100%⁽⁵⁾, por lo que si analizamos los datos ecoendoscópicos de los anteriores casos estos tienen muy altas probabilidades de ser benignos.

Uno de los grandes problemas que tendremos con este paciente es la dificultad para conseguir muestra histológica. A este respecto la USE mas punción aspiración con aguja fina (PAAF) tienen muy baja sensibilidad (64%), comparado con lesiones extrínsecas a la pared (93%). Aunque recientemente se están tratando de obtener muestras con otro tipo de agujas similares a las de Tru-cut, pero están

en etapa de investigación aparentemente con mejores resultados que la PAAF. Ahora bien, en el presente caso se definió que se debería realizar toma de biopsia y exploración cuando el paciente sea sometido a cirugía electiva por patología vesicular intercurrente (colelitiasis).

En el último caso se presenta una lesión en estómago distal sobre curvatura mayor de pequeño tamaño. Esta lesión endoscópicamente tenía una característica importante, una depresión en el centro. La sospecha endoscópica fue la de un páncreas aberrante por la localización y aspecto⁽³⁾. La imagen del USE fue de lesión hipocogénica en la cuarta capa de aspecto heterogéneo, y este tipo de tumor no tiene una ecoestructura definida como el resto de los TSE puede presentarse hipocogénico y hiperecogénico puede estar en cualquier capa de la pared del TGI, en este caso se observa una imagen intralesional similar a un conducto por lo cual hace la sospecha ultrasonográfica mas alta de que se trate de un páncreas aberrante.

Este tipo de tumores no requieren resección quirúrgica ya que se los pueden seguir endoscópicamente y también un control ecoendoscópico en 6 meses a 1 año. Si bien se han descrito casos de malignización de estos tumores, ellos son excepcionales.

Por lo tanto se puede concluir que el USE es el método de elección cuando estamos frente a un TSE, o sospecha de compresión extrínseca que simula un TSE.

En los casos clínicos presentados el USE fue de mucha ayuda en el diagnóstico, pronóstico y lo más importante en la decisión terapéutica.

Al no existir una experiencia previa publicada en el medio con este método ya que el mismo se está introduciendo recién en la práctica clínica, es muy importante conocer la utilidad diagnóstica terapéutica del ultrasonido endoscópico.

REFERENCIAS

- 1) Van Stolk R. Subepithelial lesions. En Van Dam/Sivak ed. Gastrointestinal endosonography. Philadelphia: W.B. Saunders Company.1999: 153-165.
- 2) Arguello L. Pellisé M. Miquel R. Utilidad de la ultrasonografía endoscópica (USE) en la evaluación de los tumores submucosos y compresiones extrínsecas del tubo digestivo. Gastroenterol Hepatol 2002;25(1):13-18.
- 3) Palazzo L. Roseau G. Ecoendoscopia digestiva. Paris ed. Masson 1992; 21-44.
- 4) Soria M.T. Ginés A. Pellise M, et al. Ecoendoscopia digestiva alta. Estadificación de las neoplasias de esófago y estomago y lesiones submucosas. Rev Esp Ecografia Digestiva 2001; 3(1): 18-25.
- 5) Palazzo L. Landi B. Cellier C. et al. Endosonographic features predictive of benign and malignant gastrointestinal stromal cell tumours. Gut 2000; 46: 88-92.
- 6) Saund M. Demetri G. Ashley S. Gastrointestinal stromal tumors (GISTs). Current Opinion in Gastroenterology 2004; 20: 89-94.
- 7) Chack A. EUS in submucosal tumors. Gastrointes Endosc 2002; 56(4) (SUPPL) S43.
- 8) Chack A. Canto MI. Rosch T. et al. Endosonographic differentiation of benign and malignant stromal tumors. Gastrointest Endosc 1997; 45:468-73.
- 9) Chang K. AGA clinical Symposium - Clinical Practice. Advances in Gastrointestinal imaging: EUS. 2000.

Tabla Nº 1. Tumores Subepiteliales del tracto gastrointestinal
(Gastroenterol Hepatol 2002;25(1):13-18)

- Tumores mesenquimales
 - Tumores estromales del tracto GI
 - Tumores de origen muscular
 - Leiomioma, leiomisarcoma
 - Tumores de origen nervioso
 - Schwannomas, Neurofibromas.
 - Lipomas
 - Vasculares
 - Linfangiomas, hemangiomas.
 - Angiosarcomas, sarcoma de Kaposi
 - Tumores Endocrinos
 - Tumor carcinoide.
- Quistes
 - Dilatación quística de las glándulas esofágicas
 - Quistes broncogénicos
 - Quistes de pared gástrica
 - Distrofia quística
- Páncreas aberrante
 - Malformaciones: duplicación intestinal
 - Metástasis.

Figura Nº 1. Leiomioma esofágico (muscular propia) (ver flecha)

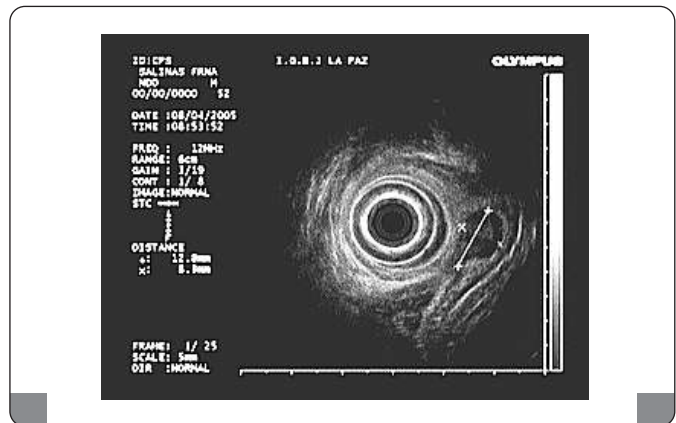


Figura Nº 2A. Protusión en antro gástrico.
Figura Nº 2B.- USE compatible con leiomioma gástrico (ver fecha)
Figura Nº 2C Ulcera duodenal gigante.
Figura Nº 2D USE sospecha de GIST.(ver flechas)

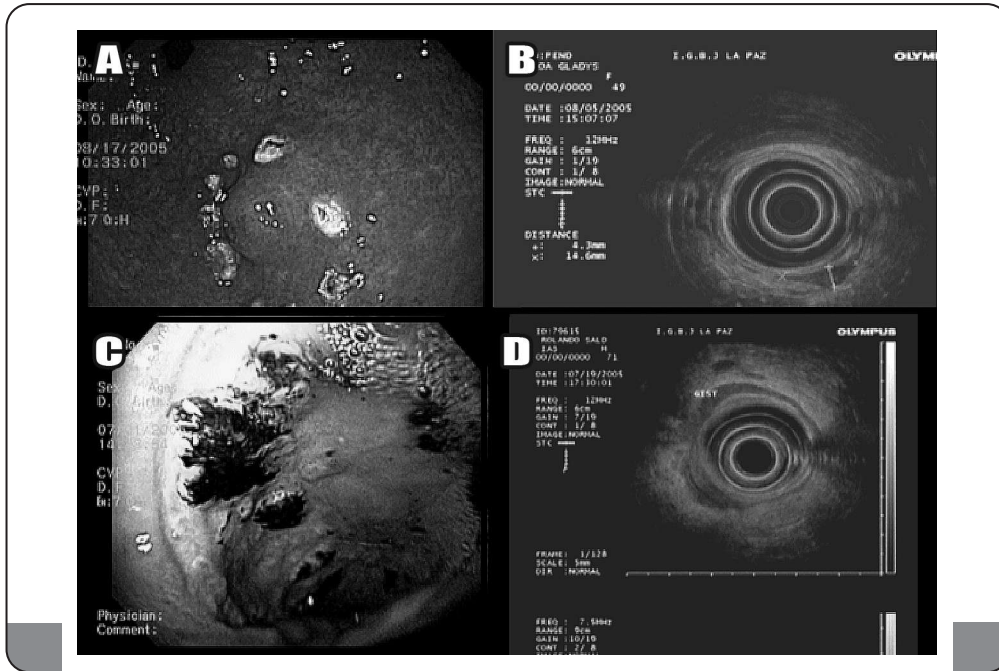
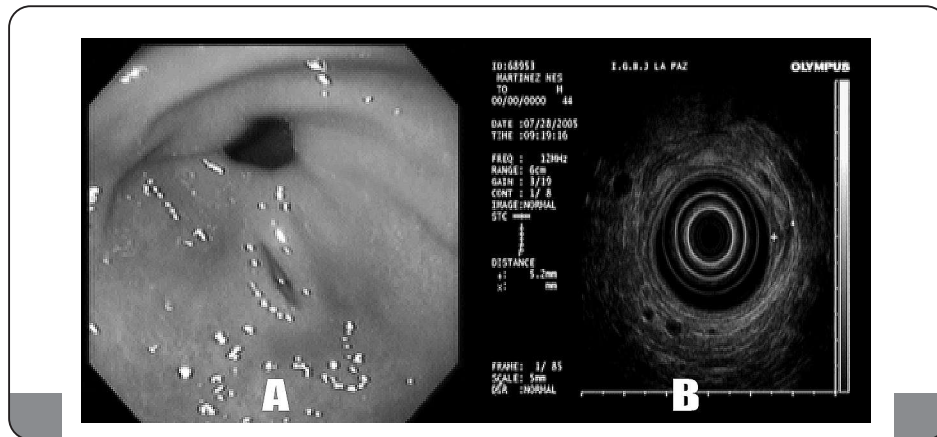


Figura Nº 3A. Lesión elevada con depresión central.
Figura Nº 3B. USE compatible con páncreas aberrante (ver flecha)



COLOR