

GIST ANALISIS DE LA REVISION HMPC 2007-2009.

Dr. Camaño Juan Edgardo *

*Hospital "Ángel Larralde" del IVSS
Valencia - Edo. Carabobo.

Los tumores submucosos (SMT, por sus siglas en inglés) son encontrados con alguna frecuencia en los procedimientos endoscópicos del tracto digestivo. Entre estos están los Tumores estromales gastrointestinales GIST (gastrointestinal Stromal tumors,) que se definen como tumores mesenquimatosos de la pared del tracto gastrointestinal, mesenterio omentum y retroperitoneo, característicamente expresan la oncoproteína c-Kit ó CD -117 que es su receptor de membrana con actividad de la Tirosin kinasa. Que es el receptor del factor de crecimiento derivado de las plaquetas (PDGFR) se originan en las llamadas células de Cajal las cuales se consideran el marcapaso gastrointestinal. La expresión de la C-kit permite la distinción histológica de los GIST de los verdaderos Leiomiomas ó Leiomiomasarcoma por su alta especificidad para los primeros^(1,2,5).

El análisis de la revisión realizada a los Tumores mesenquimales, diagnosticados por Inmunohistoquímica en el HMPC entre los años 2007 al 2009 reporta que de los 20 pacientes confirmados, el 82% eran del sexo femenino solo 18 % sexo masculino la literatura arroja datos en favor del sexo masculino⁽¹⁾. Se comenta que al 100% de los pacientes se les realizó estudio de ultrasonido abdominal con hallazgos patológicos atribuibles al Tumor, en un 27% sin embargo es claro que este procedimiento poco o nulo puede aportar al diagnóstico de este tipo de tumor⁽³⁾. El estudio diagnóstico de primera línea es la Endoscopia digestiva superior quedando en evidencia entre 85- 90% de los casos como lesión submucosa, para aumentar el rendimiento se asocia el ultrasonido endoscópico, mas aspirado con aguja fina, quedando un diagnóstico cercano al 95% igualmente se puede adicionar la resección submucosa lo cual no solo contribuye a mejorar la sensibilidad diagnóstica para estos tumores si no también la terapéutica en muchos casos definitiva para estas lesiones⁽⁶⁾. Es también sabido que el tamaño de la lesión está directamente relacionado con el potencial maligno de los GITS un tamaño mayor de 5 cms se considera altamente agresivo por estar relacionado a la presencia de mayor numero de mitosis en la exploración histológica considero este dato importante a la hora de toma de conducta y seguimiento para estas lesiones, dato que no fue reportado⁽⁴⁾.

En líneas generales los elementos investigados en la revisión, son concordantes con los reportados en la literatura médica de los GITS, los aspectos clínicos epidemiológicos e imagenológicos como para aumentar el rendimiento diagnóstico final son los mismos que en cualquier centro especializado se tendrán que buscar siempre para corroborar su sospecha clínico endoscópica y luego tomar una conducta terapéutica.

El hígado sigue siendo el primer órgano de sospecha para enfermedad Metastásica, y se considera que hasta un 30% de estos tumores de estirpe maligna hara su siembra en este sitio este es otro dato importante que fue encontrado en este grupo de pacientes^(5,6).

En cuanto al tratamiento llama la atención que el 82% de los pacientes recibió tratamiento quirúrgico, hoy en día y con el advenimiento de técnicas endoscópicas de alta resolución, esta modalidad (quirúrgica), está francamente en disminución, salvo que el tamaño de la misma sea el que llevo a tomar esta decisión, lo cual no fue considerado o reportado en los datos analizados.

En cuanto al mensilato de imatinib® se ha utilizado con buenos resultados en la enfermedad metastásica de los GITS⁽⁷⁾ este compuesto (imatinib® Gleevec, STI571)inhibe selectivamente algunas tirosin kinasas, como la relacionada con la c-KIT con lo que bloquearía la proliferación celular y favorecería la apoptosis, la Revisión reporta que el 18% de los pacientes resivieron este medicamento pero no especifica si se categorizo el uso solo para los que la opción quirúrgica no fue posible o para aquellos que tenían enfermedad metastásica, seria interesante establecer estos datos y por supuesto la respuesta tanto quirúrgica como medica en el seguimiento de estos pacientes. Es importante señalar que Los GITS, son lesiones poco frecuentes pero para un grupo importante de gastroenterólogos jóvenes el no verlos con frecuencia por estar en sitios de poca referencia, tener datos muy puntuales los ayudaría sin duda a tomar mejores desiciones a la hora de enfrentarse a estas lesiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Davila R, Faigel D. GI stromal tumors. *Gastrointest Endosc*, 2003;58:80-88.
- 2.- Miettinen M, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors: definition, clinical, histological, immunohistochemical, and molecular genetic features and differential diagnosis. *Virchows Arch* 2001;438:1-12.
- 3.- Sigal A, Carello S, Caterina P et al. Gastrointestinal autonomic nerve tumors: a clinicopathologic, immunohistochemical and ultrastructural study of 10 cases. *Pathology* 1994;26:239-247.
- 4.- Corless CL, Fletcher JA, Heinrich MC. Biology of gastrointestinal stromal tumors. *J Clin Oncol* 2004;22:3813-3825.
- 5.- Kang HJ, Nam SW, Kim H. Correlation of KIT and platelet-derived growth factor receptor alpha mutations with gene activation and expression profiles in gastrointestinal stromal tumors. *Oncogene* 2005;24:1066- 1074.
- 6.- Hwang J, Saunders M, Rylyak JR, Shaw S, Nietsch H, Kimmey M. A prospective study comparing endoscopy and EUS in the evaluation of GI subepithelial masses. *Gastrointest Endosc* 2005;62:202-8.
- 7.- Bümning P, Anderson J, Meis-Kindblom JM et al. Neoadjuvant, adjuvant and palliative treatment of gastrointestinal stromal tumours (GIST) with imatinib: a centre-based study of 17 patients. *Br J Cancer* 2003;89:460-4.