

Dr. Erick Kimura Hayama,¹
Dr. Jorge Vázquez-Lamadrid,
Dr. Marco Antonio Téliz-Meneses

Tumores estromales del tubo digestivo: Experiencia radiológica del Instituto Nacional de la Nutrición

RESUMEN

Introducción: Las neoplasias más comunes del tubo digestivo son los tumores estromales gastrointestinales. Estos tumores se originan en la *muscularis propria*. Se caracterizan por la expresiones inmunohistoquímica del receptor transmembranal del protooncogén c-kit y del marcador CD34.

Objetivo: Dar a conocer la forma de presentación clínica y las características radiológicas de los tumores estromales gastrointestinales (GITS, por sus siglas en inglés).

Material y métodos: Se realizó una búsqueda en el archivo clínico del INCMNSZ, de 1980 a septiembre del 2005, de todos los tumores mesenquimatosos

del tracto gastrointestinal. Se encontraron 79 pacientes con tumores mesenquimatosos, sólo se incluyeron aquellos con c-kit o CD 34+.

Resultados: El rango de edad fue de 75.4 años (24-82 años). El estómago fue uno de los principales sitios de afección (15/28 lesiones, 53.6%), junto con el intestino delgado (ID) (9/28 tumores, 32.2%) y el mesenterio/serosa (2/28 lesiones, 7.1%). La hemorragia del tubo digestivo alto fue la principal forma de presentación en los GITS (66%, 10/15 lesiones y ID (60%, 6/9 lesiones.

Discusión: Los tumores estromales se presentan normalmente en personas mayores de 50 años de edad, con predominio masculino de 2:1. Su incidencia

se estima en 10-20 casos por millón. Estas neoplasias afectan particularmente todo el tubo digestivo, desde el esófago hasta el ano.

Conclusiones: Los GITS son tumores que se originan en la *muscularis propria*. El estómago es la localización más frecuente. Los sitios de metástasis más frecuentes son el hígado y el peritoneo. Se deben considerar malignas aquellas neoplasias > 5 cm y con áreas de necrosis.

Palabras clave: Tubo digestivo, tumores estromales, intestino delgado.

continúa en la pág. 256

¹ Del Departamento de Radiología e Imagen "Dr. Adán Pitol Croda" del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Vasco de Quiroga No. 15, Col. Sección XVI, 14000, México, D.F.

Copias (copies): Dr. Erick Kimura Hayama E-mail: kimuraeric@aol.com

Introducción

Los tumores estromales gastrointestinales (Gastrointestinal stromal tumors –GIST–) son las neoplasias mesenquimatosas submucosas más comunes del tubo digestivo. Representan el 0.1-3% de todos los tumores del tracto gastrointestinal, el 1-3% de las neoplasias gástricas, el 20% de las del intestino delgado y el 0.2-1% de las colorrectales.¹⁻³

Este grupo de tumores se origina en la *muscularis propria*, entre ésta y la *muscularis mucosae*, a partir de células madre primitivas similares a las células marca-

paso intestinal, conocidas como células de Cajal.^{1,2} Histopatológicamente se caracterizan por la expresión inmunohistoquímica del receptor transmembranal del protooncogén c-kit (y su proteína resultante CD117), así como de la expresión del marcador CD34, este último presente en el 70% de los tumores.^{1,4} Estos marcadores inmunohistoquímicos permiten diferenciarlos de los tumores del músculo liso (leiomiomas, leiomioblastomas o leiomiosarcomas) o de los tumores derivados de vaina nerviosa (neurofibromas y schwannomas), en los que eran incluidos hasta el año de 1983.^{1,3} Cabe mencionar que la expresión de c-kit no sólo los distingue de otros tumores mesenquimatosos, sino que recientemente ha sido el blanco de su tratamiento con mesilato de Imatinib.⁵⁻⁶ Otros marcadores que pueden expresar incluyen la actina, la desmina y la proteína S-100.^{1,2}

ABSTRACT

Introduction: The most common neoplasia of the digestive tube are gastrointestinal stomach tumors. These tumors are caused and has an origin in the *muscularis propria*. They are characterized by immunohistochemical expressions of the transmembrane receptor of the c-kit protooncogen and of the CD34 marker.

Purpose: To acknowledge the way of presenting the radiological and clinical characteristics of gastrointestinal stomach tumors (GITS).

Material and methods: A search in the clinical file of the Institute INCMNSZ was made,

from 1980 to September 2005, of all mesenchymatous tumors of the gastrointestinal duct. 79 patients were found with mesenchymatous tumors, only those with c-kit or CD 34+ or included.

Results: The age range was 75.4 years (24-82 years old). The stomach was one of the main sites of affection (15/28 injuries, 53.6%), along with small intestine (ID) (9/28 tumors, 32.2%) and the mesenteron/serous (2/28) injuries, 7.1%. Hemorrhage or bleeding on the digestive duct was high due to the main form of presentation in the GITS (66%, 10/15 injuries and ID (60%, 6/9 injuries).

Analysis: Stromal tumors are normally shown in older people ranging from 50 years old,

predominating on the male patients from 2:1. Incidence is estimated in 10 to 20 cases per million. These neoplasia affect particularly all the digestive tube, from the esophagus up to the anus.

Conclusions: GITS are the tumors caused in the *muscularis propria*. The stomach is the most frequent location. Metastasis site are more frequent in the liver and peritoneum. Neoplasia are considered between > 5 cm and with necrosis areas.

Key words: Digestive tube, Stromal tumors, small intestine.

Fisiopatológicamente, la mutación del protooncogén *c-kit* tiene un papel fundamental, ya que ésta permite la expresión de la proteína BCR-ABL, la cual es un receptor de superficie y transmembranal para un factor de crecimiento celular con función de tirosincinasa. La oncoproteína BCR-ABL posee un compartimento para ATP, el cual por la acción de la tirosincinasa fosforila un sustrato que desencadena una cascada de fenómenos que terminan en proliferación celular no controlada y resistencia a la apoptosis.⁴⁻⁶ La mutación de la proteína *c-kit* se presenta en el 52-85% de los casos.⁴

Objetivo

Conocer cuál(es) es la forma(s) de presentación clínica y las características radiológicas de los GIST corroborados por estudio histopatológico en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ).

Material y métodos

Serie de casos, transversal y descriptiva. Se realizó una búsqueda en el archivo clínico desde 1980 hasta septiembre del 2005. La lista de diagnósticos empleada en la búsqueda inicial incluyó a todos los tumores mesenquimatosos del tracto gastrointestinal. Posteriormente se revisó que el diagnóstico fuese de GIST con base en los criterios señalados en la introducción.

Tras la búsqueda inicial en el INCMNSZ se encontraron 79 pacientes con tumores mesenquimatosos; sin embargo, tras el análisis detallado, dado que los criterios diagnósticos de estos tumores han cambiado a lo largo del tiempo, sólo se incluyeron aquellos con *c-kit* o CD 34+. De esta forma quedaron 30 pacientes aunque se eliminaron dos más: Uno por no contar con el expediente clínico y otro por no contar con ningún estudio de imagen preoperatorio.

Resultados (Cuadro I)

En el cuadro 1 se presentan las características clínicas, patológicas y radiológicas de los pacientes. La distribución por género fue casi igual (hombres 53.6 vs. mujeres 46.4%). La media de edad fue 57.4 años (24-82 años). El estómago fue el principal sitio de afección (15/28 lesiones, 53.6%), seguido por el intestino delgado (ID) (9/28 tumores, 32.2%) y el mesenterio/serosa (2/28 lesiones, 7.1%). En dos pacientes (7.1%) no fue posible determinar el sitio de origen por imagen ni patología (casos 2 y 5). No se presentaron casos con afección esofágica, colónica ni anorrectal. La distribución de las lesiones gástricas fue prácticamente igual: En la curvatura mayor, menor y antró gástrico cuatro lesiones en cada una de ellas, y tres en el fondo. De las lesiones dependientes del intestino delgado, el duodeno fue la localización más frecuente con cuatro lesio-

Cuadro I. Características clínicas y radiológicas de los pacientes.

Sexo, Edad	Clínica		Tamaño	Componente predominante	Patología e Imagen			B o M/Mets al dx a distancia	Invasión local	Gas o Calcific
		Sitio primario			Bordes /realce	Necrosis, degeneración quística y/o ulceración				
1. M 58a	HTD	Yeyuno	1.7 cm	IL	BD/ND	U	B/No	No	No	No
2. H 39a	D/M	ND	20 cm	EM/IM	BD/Ht	N	M/No	Sí	No	No
3. M 68a	HTD/P	E (C <)	3 cm	IL	BD/H	U	B/No	No	No	No
4. H 68a	HTD	E (F)	6 cm	IM/IL	BD/Ht	U	M/No	No	No	No
5. M 33a	D/M	ND	35 cm	EM	Inv/Ht	N, DQ	M/No	Sí	No	No
6. M 61a	HTD/D	E (A)	5 cm	IL	BD/H	U	B/No	No	No	No
7. H 59a	HTD	E (F)	5 cm	IM	BD/H	U	B/No	No	No	No
8. H 47a	HTD	E (A)	7.5 cm	?	?	N/U	?/No	?	?	No
9. H 46a	Ict/P/HTD	D (2 ^a)	3.5 cm	IM	BD/H	-	B/No	No	No	No
10. M 64a	D/N y V	D (1 ^a)	3.7 cm	IM	BD/H	-	B/No	No	No	No
11. M 70a	HTD	D (2 ^a)	4.9 cm	IM	BD/H	-	B/No	No	No	No
12. M 82a	HTD	Yeyuno	5.5 cm	IM	MD/H	-	M/No	No	No	No
13. H 69a	D	E (C >)	14.5 cm	EM	BD/ND	N, DQ	M/No	Sí	No	No
14. M 44a	HTD	Yeyuno	9 cm	EM	BD/Ht	N, DQ, U	M/No	No	No	No
15. H 59a	P/M/Di	Íleon	15.5 cm	IM	MD/H	-	M/No	Sí	Gas	No
16. H 54a	M	E (A)	18 cm	EM	BD/Ht	N, DQ	M/No	Sí	No	No
17. H 39a	D	D (2 ^a)	11 cm	EM	MD/Ht	N	M/No	Sí	Gas	No
18. M 40a	HTD	Serosa	5.5 cm	?	?	-	B/No	No	No	No
19. H 62a	HTD	E (A)	6.6 cm	IM	BD/Ht	-	B/No	No	No	No
20. M 62a	Ictericia	E (C <)	2 cm	IM	?	-	B/No	No	No	No
21. H 62a	HTD	E (C <)	2.8 cm	IL/IM	BD/H	-	I/No	No	No	No
22. H 70a	HTD/P	Íleon	3.7 cm	IL/IM	MD/H	-	B/No	No	No	No
23. M 24a	HTD	E (C <)	3 cm	IM	MD/H	N	B/No	No	No	No
24. M 55a	HTD/P	E (F)	10 cm	IM/EM	BD/Ht	N, DQ	M/Hígado	No	No	No
25. M 62a	D/P	Pb M	10 cm	EM	BD/Ht	N, DQ	M/Hígado	Sí	Gas	No
26. H 53a	D	E (C >)	4 cm	IL	BD/H	-	B/No	No	No	No
27. M 40a	HTD	E (C >)	13 cm	EM	BD/Ht	N, DQ, U	B/No	No	No	No
28. H 59a	A	C (E >)	10.3 cm	EM	BD/Ht	N, DQ	B/No	No	No	No

nes (44%), seguido por el yeyuno e íleon con tres (33%) y dos (22%) lesiones, respectivamente.

La principal forma de presentación, tanto en los casos de GIST gástrico como del ID, fue la hemorragia del tubo digestivo alto: 66% (10/15 lesiones) y 60% (6/9 lesiones), respectivamente. Sólo en un paciente con GIST gástrico (caso 28) el hallazgo fue incidental pese al tamaño de la lesión (10 cm). La segunda forma de presentación más frecuente fue la diarrea y la pérdida ponderal de peso > 10% en los últimos seis meses, 20% (3/15 pacientes) y 13.3% (2/15 pacientes), respectivamente, en el caso de tumores gástricos; así como del 33% (3/9 pacientes) en el caso de tumores del ID. La masa palpable fue la forma de presentación más frecuente en el caso de pacientes con tumor de origen no determinado (casos 2 y 5) con lesiones de 20 y 35 cm de diámetro.

Por patología, el 53.6% de los tumores (15/28 lesiones) cumplían criterios de benignidad, mientras que el 39.2% (11/28 lesiones) fueron malignos, y sólo un paciente (caso 21) fue clasificado como de comportamiento indeterminado. De un paciente (caso 8) no contamos con material para su estudio histopatológico

(paciente operado fuera del instituto). Las lesiones benignas midieron en promedio 4.9 cm (mediana 4 cm, intervalo 1.7-13 cm); mientras que las malignas fueron de mayor tamaño (media de 14 cm, mediana 11 cm, intervalo de 5.5-35 cm). De las 15 neoplasias gástricas nueve fueron benignas, cuatro malignas, una indeterminada, y en 1 paciente (caso 8) no se contó con el reporte histopatológico. La media de las lesiones gástricas benignas fue de 5.7 cm (mediana 5 cm, intervalo 2-13 cm); por otro lado, la media de las lesiones malignas fue prácticamente del doble (11.2 cm, intervalo 6-18 cm). Las lesiones intestinales benignas midieron en promedio 3.5 cm (mediana de 3.7 cm, intervalo 1.7-4.9 cm), mientras que las malignas también mostraron una media prácticamente del doble que las lesiones benignas (10.2 cm, intervalo 5.5-15 cm).

El componente predominante se distribuyó de forma similar en lesiones de tipo intramural (9/28 pacientes, 32%) y extramural (8/28 pacientes, 29%), seguido por las formas mixtas (intramural/intraluminal o intramural/extraluminal en 5/28 pacientes, 17.8%) e intraluminales (4/28 pacientes, 14.2%). La mayoría de las lesiones mostraron bordes bien definidos (19/

28 pacientes, 67.8%). El realce poscontraste se distribuyó de forma equitativa: Homogénea en el 42.8% (12/28 pacientes) y heterogénea en el 39.3% (11/28 pacientes). Por aspectos técnicos, el realce no fue valorable en cinco pacientes (17.9%).

Las áreas de necrosis y degeneración quística se presentaron en el 42.8% (12/28 lesiones) de los pacientes. De las neoplasias gástricas, el 46% (7/15 lesiones: Tres benignas, tres malignas y una sin material para diagnóstico) mostraron áreas de degeneración quística o necrosis, y el tamaño promedio de dichos tumores fue de 10.9 cm (3-14.5 cm). Sólo dos de estas lesiones midieron menos de 10 cm, una de las cuales fue benigna y la otra no contaba con material para su estudio patológico (caso 8). De las cinco neoplasias restantes con degeneración quística (media 17 cm): Dos correspondieron al ID (9 y 11 cm), dos fueron de origen no determinado (20 y 35 cm), y una de probable origen mesentérico (10 cm).

La ulceración estuvo presente en el 25% de las lesiones (7/28 pacientes): Seis en pacientes con GIST gástricos (40%), y un paciente con lesión yeyunal (11%). La calcificación sólo se presentó en un paciente con tumor gástrico (3.6%, 1/28), y gas intralesional en tres lesiones (10.7%, 3/28): Dos dependientes del intestino delgado, y una de probable origen mesentérico (caso 25).

Al momento del diagnóstico se identificaron lesiones metastásicas en ocho pacientes (28.6%): Dos pacientes (7.1%) con metástasis hepáticas, y seis pacientes (21.4%) con extensión locorregional. Esta última se observó en la pared abdominal en dos pacientes (7.1%), en el mesenterio en tres pacientes (10.7%), y a vejiga y vasos sanguíneos en un paciente cada uno. Los órganos de origen de las lesiones con metástasis a distancia fueron: estómago, un paciente (caso 24, lesión de 10 cm); y probablemente de mesenterio en otro (caso 25, lesión de 10 cm). Por otra parte, la extensión locorregional se presentó únicamente en lesiones de grandes dimensiones (media 19 cm) dependientes del estómago en dos pacientes, intestino delgado en dos pacientes y en los dos pacientes en quienes no fue posible conocer el sitio primario.

Discusión y revisión de la literatura

Para nuestro conocimiento, ésta es la primera serie de hallazgos radiológicos reportada de GIST en nuestro país.

La revisión de la literatura se encuentra dividida en tres partes: La primera, acerca de las generalidades del tumor; la segunda, acerca de las características por región anatómica; y, la tercera, sobre las características radiológicas de los GIST malignos antes y después de iniciado el tratamiento farmacológico.

Parte I.

Epidemiológicamente, los tumores estromales se presentan en mayores de 50 años de edad (raro en menores de 40 años), con mínimo predominio masculino (2:1).¹⁻³ La edad promedio y la distribución por género en nuestra serie fueron similares a las reportadas en otras instituciones. La incidencia real se desconoce; sin embargo, se estima es de 10-20 casos por millón.² Son tumores raros y representan únicamente el 0.1-3% de todas las neoplasias gastrointestinales.³ Los factores de riesgo son la neurofibromatosis tipo 1 (NF1) (enfermedad de von Recklinghausen) –principal factor de riesgo y presente en el 6.5% de los pacientes, la urticaria pigmentosa, y el raro síndrome familiar de GIST.^{7,8} Pueden presentarse como componente de la tríada de Carney (leiomirosarcoma epitelioide, parangangioma extra-drenal y condroma pulmonar).^{2,8}

Este grupo de neoplasias afectan prácticamente a todo el tubo digestivo: Desde el esófago hasta el ano. Otros sitios de presentación aunque infrecuentes, incluyen el ovario, el mesenterio y el retroperitoneo; no obstante, se piensa que hasta el 10% de estos tumores se originan fuera de la pared intestinal, por lo que podrían estar mal clasificados dentro del grupo de tumores dependientes del intestino.³ La forma en que se distribuyen es la siguiente: Estómago 70%, intestino delgado 20-30%, anorrectal 7%, colon 5% y esófago < 5%, siendo el esófago el único lugar del tracto gastrointestinal donde predominan los leiomiomas sobre los GIST (75 vs. 25%); en el resto de los órganos los tumores mesenquimatosos más frecuentes son estromales.^{1,2} Cabe mencionar que cuando las lesiones son extensas, habitualmente no puede determinarse el sitio de origen de la lesión. En nuestra serie la distribución fue similar; sin embargo, existe ligero incremento de las lesiones intestinales en relación con lo reportado en la literatura.

En pacientes con NF1 las manifestaciones radiológicas son similares a los demás pacientes. Sin embargo, se presentan con mayor frecuencia en el ID (100% en la serie de la AFIP) y generalmente son múltiples a diferencia del grupo sin factores de riesgo.^{3,7,8} Cabe mencionar que pese a su conocida multiplicidad, el diagnóstico preoperatorio de la totalidad de los tumores es difícil mediante imagen dado su tamaño < 1 cm.^{7,8}

Desde el punto de vista clínico las manifestaciones dependen de su tamaño y localización. Los tumores pueden cursar asintomáticos (incidentalomas) hasta en el 50% de los casos, principalmente en poblaciones sujetas a pruebas de tamizaje endoscópico como en Japón.⁹ Sólo una tercera parte de las lesiones menores de 3 cm cursan con síntomas, mientras que más de 50% de las lesiones mayores a 5 cm tienen expresión clínica. En general, de los pacientes sintomáticos (50-

60% de los casos), las formas de presentación incluyen: hemorragia del tubo digestivo (HTD) secundaria a ulceración del tumor y síndrome anémico secundario, dispepsia, náusea y vómito, dolor abdominal, masa palpable, obstrucción intestinal (10%) con o sin intususcepción asociada, y rara vez obstrucción renouteral o como masa mediastinal con disfagia^{2,3,7}. La obstrucción biliar en caso de lesiones dependientes del duodeno también es infrecuente, por ejemplo, en la serie de Burkitt y colaboradores, de las 14 lesiones que invadían la *porta hepatis* ningún paciente presentó ictericia³. Generalmente cursan sin ascitis, lo cual sugiere que estos tumores no generan una respuesta inflamatoria local.³ En nuestra serie llama la atención la práctica ausencia de pacientes asintomáticos (1/28) al momento del estudio, así como la HTD como principal forma de presentación.

El tamaño varía de milímetros a centímetros.² Se presentan como masas "carnosas" bien circunscritas sin cápsula verdadera, y dado que su origen es a nivel de la capa muscular externa tienen propensión al crecimiento exofítico (*Figura 1*).² De tal forma que la apariencia más frecuente es la de un tumor que se origina de la pared intestinal y que se proyecta hacia la cavidad abdominal. Pueden mostrar áreas de hemorragia, degeneración quística y necrosis. La ulceración del tumor se identifica en la mitad de los casos y la calcificación no es una característica habitual.² La ulceración fue menos frecuente en nuestra serie (25%), no obstante, la principal forma de presentación como ya fue mencionado fue la HTD.

Histopatológicamente existen tres formas:^{1,2}

1. Células en huso (70-80%), con células y núcleos alargados y citoplasma eosinófilo o basófilo.
2. Epitelioide (20-30%) (antes referido como leiomioblastomas/sarcomas), con células redondas o poligonales y núcleo central.
3. Mixto. Pueden mostrar vascularidad prominente, principalmente de forma periférica.²

Las manifestaciones por imagen son variadas y dependen del tipo de estudio radiológico. En la placa simple de abdomen se puede identificar una masa inespecífica de tejidos blandos con o sin datos de obstrucción, y que puede condicionar desplazamiento de vísceras huecas.² En los estudios contrastados se observan las características típicas de lesión submucosa, es decir, de bordes lisos con o sin ulceración de la mucosa (imagen en "ojito de toro") o fístula enteral en lesiones mayores a los 2 cm.^{1,2} Puede existir desplazamiento o indentación de la luz, así como un defecto de llenado de contornos lisos y bien delimitados (en vistas de "frente"), y que forman un ángulo órgano-lesión obtuso o agudo (en vistas de "perfil") (*Figuras 2-4*). Estos estudios infraestiman el tamaño real de la lesión, dado su importante componente extraluminal valorable únicamente en estudios seccionales, los cuales demuestran de mejor forma su extensión a órganos adyacentes y metástasis a distancia.^{1,2}

En Tomografía Computarizada (TC), independientemente de su localización anatómica, las características de la lesión son las siguientes (*Figuras 2b, 5-10, 12 y 13a*):

1. Bordes:
 - a) Bien definidos: lisos o lobulados sin proyecciones superficiales (*Figuras 5-9, 12 y 13a*).
 - b) Irregulares: Con proyecciones superficiales (*Figura 10*).
 - c) Claramente invasivo (*Figura 2b*).
2. Densidad y realce poscontraste: Generalmente las lesiones benignas < 3 cm son homogéneas (atenuación similar al músculo) y muestran menor realce que los tumores de mayor tamaño (*Figura 6*).¹ Las lesiones > 5 cm son heterogéneas (*Figuras 2b, 5, 7-10 y 12*) debido a zonas de necrosis en forma de semiluna o por ulceración con comunicación secundaria a la luz de la víscera hueca (signo de Torri-

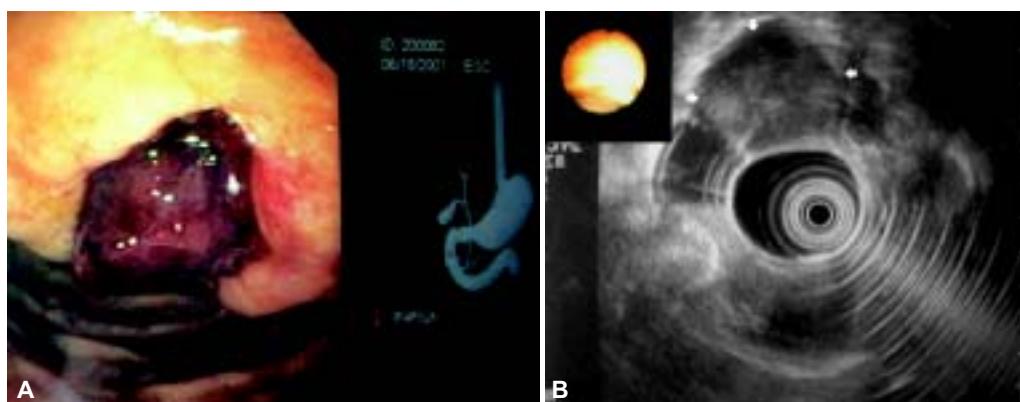


Figura 1. Caso 9 (GIST duodeno). **A)** Endoscopia con lesión intraluminal de la segunda porción del duodeno, rojiza, "carnosa" de 3 cm de diámetro y sin ulceración. **B)** US transendoscópico con lesión intramural de ecogenicidad heterogénea y bordes irregulares (flechas).

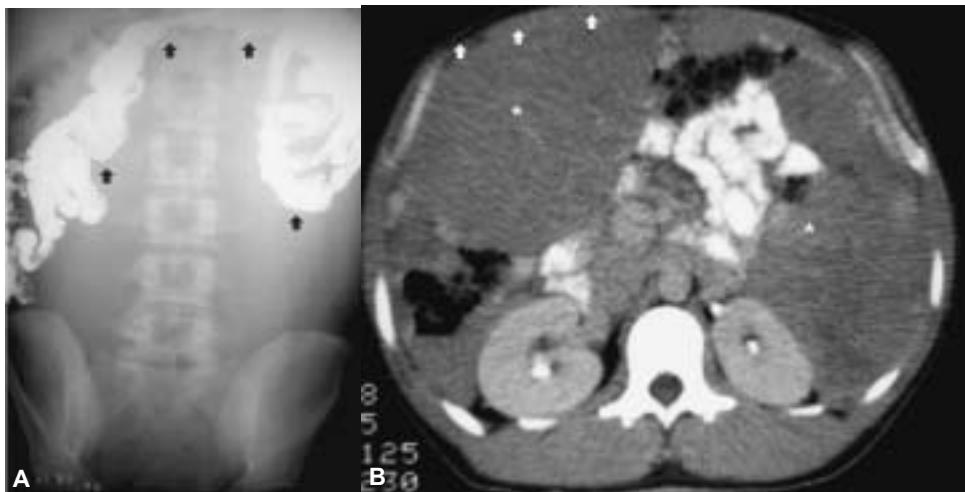


Figura 2. Caso 2 (GIST de origen no determinado). **A)** Tránsito intestinal que muestra desplazamiento de asas de intestino delgado en dirección cefálica (flechas). **B)** TC contrastada con gran lesión intraabdominal (*) heterogénea, realce y áreas de necrosis, inseparable de la pared abdominal anterolateral (flechas).

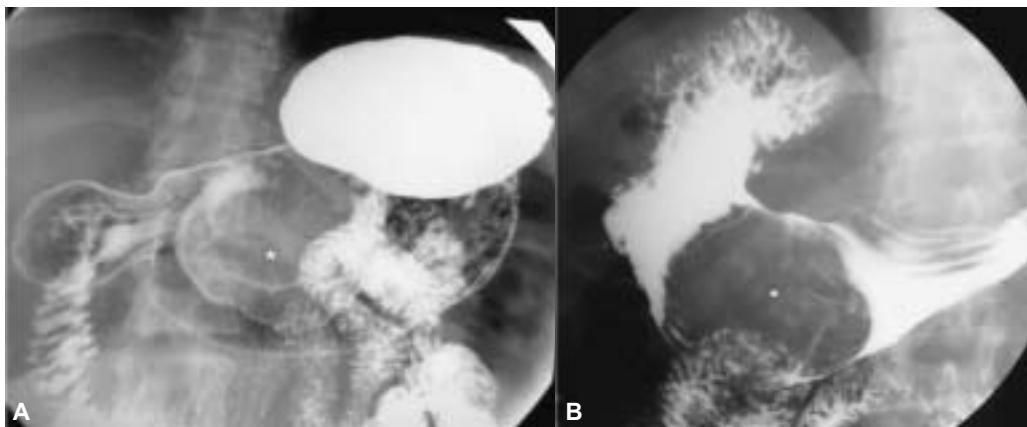


Figura 3. (A y B) Caso 19 (GIST gástrico). SEGD: gran masa intraluminal bien definida, de 10 cm en cuerpo y antro (*) que NO condiciona destrucción del patrón mucoso. Posición Hampton y Schatzki.



Figura 4. Caso 1 (GIST yeyuno). Lesiones submucosas nodulares (*).

celli-Bernoulli) (recuadro inferior de figura 5).^{1,9-11} Este signo fue descrito por Fortman, en 1999, y deriva su nombre del principio físico involucrado

Figura 5. GIST duodenal: Lesión intramural (flechas negras) con extensión a cavidad y típica área de necrosis/degeneración quística (*). Existe estenosis del asa (puntas de flecha) e invasión de la pared anterior (flechas blancas). En el recuadro se observa un corte más caudal que demuestra la comunicación con la luz (aire intralesional) (signo de Torricelli-Bernoulli (**)).



Figura 6. GIST gástrico: TC contrastada en decúbito lateral derecho con lesión isodensa sólida en antro (*).



Figura 7. GIST gástrico: Lesión sólida con realce heterogéneo y ulceración central (flecha) en curvatura menor.

- en su producción.⁹ El realce poscontraste generalmente es de predominio periférico y heterogéneo (80%) (*Figuras 5, 8, 10 y 12*).²
3. Zonas de necrosis, hemorragia o degeneración quística intralesional: Áreas de baja atenuación intralesional (*Figuras 5, 8, 10 y 12*).
 4. Ulceración: Imagen en “ojo de toro” o en “blanco de tiro” (*Figura 7*)¹.
 5. Gas intralesional: Su presencia debe hacer sospechar la existencia de una comunicación o ulceración entre la luz de la víscera y el tumor (ver antes signo de Torricelli-Bernoulli).
 6. Calcificación: Signo raro (3%) (*Figura 8*).^{1,2}
 7. Formas de crecimiento:

- a) Intraluminal (*Figuras 6-7 y 9*).
- b) Extraluminal (ya sea extramural o intramural) (*Figuras 5, 8 y 10*).
- c) Mixto (*Figuras 12 y 13a*). El principal patrón de crecimiento es el extraluminal, donde se comprime la luz visceral y el tumor se proyecta hacia la cavidad abdominal.

En la actualidad, la TC multidetector identifica lesiones de 1 cm de tamaño.⁹



Figura 8. Caso 16 (GIST gástrico). Tumor sólido, lobulado, de densidad y realce heterogéneo con necrosis, y calcificación (flechas), localizada por debajo del ángulo hepático del colon y que afecta la grasa adyacente e involucra músculos oblicuos y recto anterior (puntas de flecha). Dicha lesión era dependiente del antro (no mostrado).



Figura 9. Caso 5 (GIST gástrico). Lesión isodensa, ulcerada (flecha) en fondo/cardias.

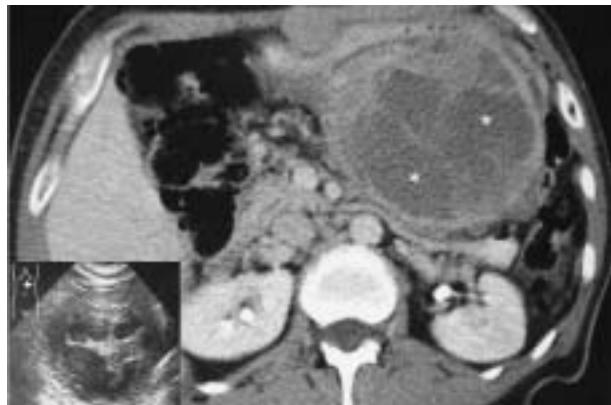
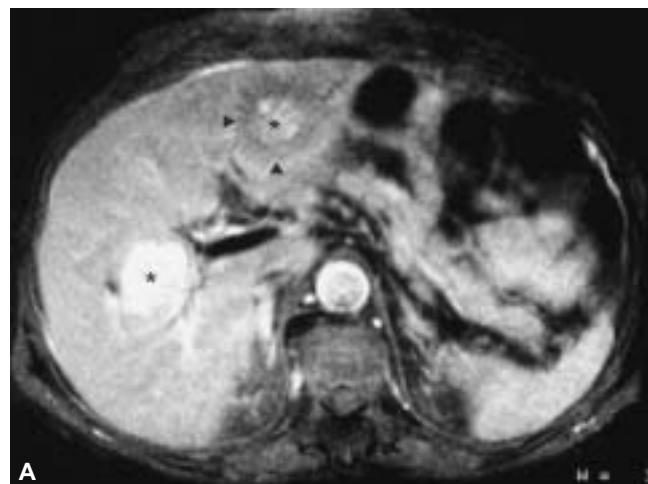


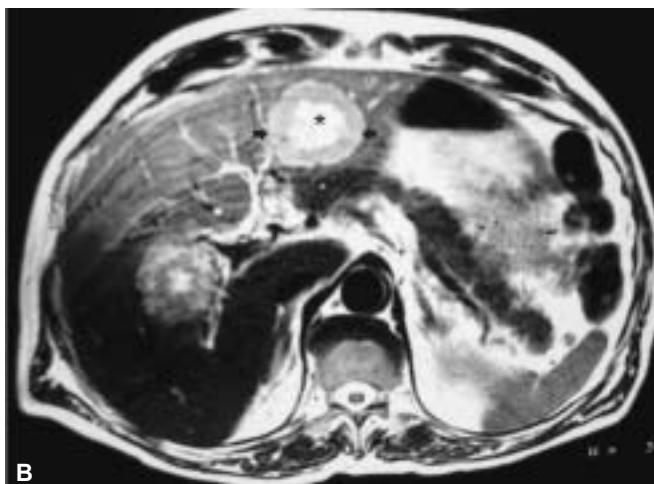
Figura 10. Mismo paciente que figura 9 con US (recuadro inferior izquierdo) y TC contrastada un año después del diagnóstico, con recaída mesentérica y en omento. Las metástasis muestran comportamiento similar al primario: heterogéneas con áreas quísticas (*) y realce con el contraste.

Por Resonancia Magnética (RM), las características de las lesiones son variables, ya que el grado de necrosis y hemorragia afecta de forma importante su aspecto. En general, éstas son heterogéneas en T1, con hipointensidad de las regiones sólidas y pequeñas áreas ligeramente hiperintensas en zonas de hemorragia y necrosis (*Figura 11a*). En T2, las áreas sólidas son hiperintensas (*Figura 11b*)². Recientemente se ha reportado que la Tomografía por Emisión de Positrones (PET) es un método sensible y confiable para vigilar la respuesta al tratamiento con mesilato de Imatinib, incluso desde 24 horas después de iniciado el fármaco.¹² En general, la forma de presentación radiológica en nuestro grupo de pacientes fue similar a la reportada en otras series.

Las metástasis se encuentran presentes hasta en el 50% de los pacientes al momento del diagnóstico³ y pueden ser:



A



B

Figura 11. Caso 25. GIST probablemente del mesenterio con metástasis hepáticas (similares al tumor original, no mostrado). T1 (A) y T2 (B) con hiperintensidad central (degeneración quística/hemorrágica) (*) en ambas secuencias y porción sólida hipointensa en T1 (punta de flecha) eiso/hiperintenso en T2 (flecha).

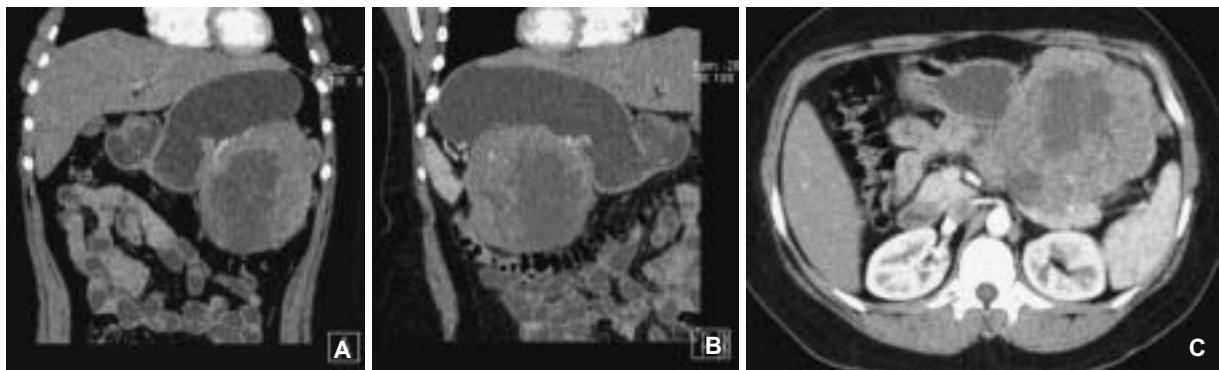


Figura 12. (A, B y C) Caso 27 (GIST gástrico). TC en reconstrucción coronal, sagital y axial. Lesión de componente principal extramural, con necrosis central y realce periférico en la fase arterial (c), que comprime y desplaza al duodeno y sin invasión local.

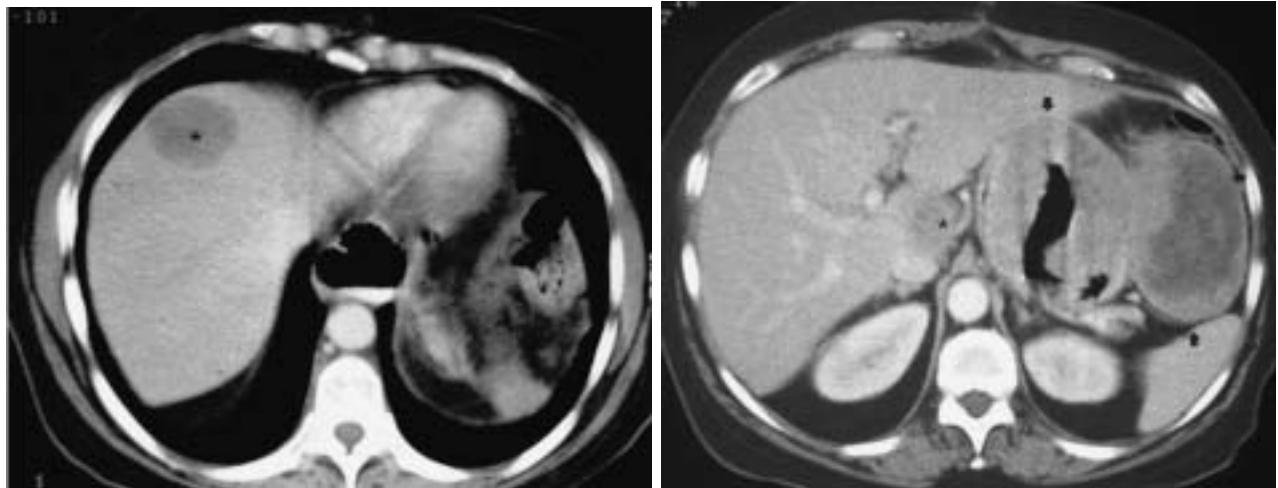


Figura 13. (A, B y C) Caso 24. Secuencia de estudios tomográficos. (a) Estudio inicial con metástasis hepáticas en segmentos IVA/VIII y I (*) con tumor primario dependiente del estómago (lesión sólida con engrosamiento gástrico importante) (flechas).

- a) Locoregionales, es decir, con invasión a tejidos adyacentes (peritoneo, retroperitoneo, pared abdominal y pleura) (*Figuras 2b y 10*). Este tipo de invasión es infrecuente, dado que se trata de tumores blandos y bien delimitados.³
 - b) Ganglionares: extremadamente raras; prácticamente ninguna serie ha publicado extensión ganglionar.
 - c) A distancia: Por mucho, el patrón más frecuente y que puede involucrar por diseminación hematogena al hígado, pulmón y hueso (*Figuras 11 y 13*).^{2,3} En nuestra serie, las neoplasias malignas representaron cerca del 40% de los tumores, ligeramente inferior a lo reportado mundialmente. Sin embargo, los signos radiológicos y los sitios de afección metastásica no difirieron a lo reportado en otros trabajos.
- El diagnóstico diferencial (DD) es amplio. Sin embargo, las neoplasias gastrointestinales más frecuentes deben ser consideradas en primer lugar (*Cuadro II*): Adenocarcinomas, tumores neuroendócrinos y linfoma. Mediante imagen es difícil distinguirlos de otros tumores mesenquimatosos (leiomiomas o leiomiosarcomas, neurofibromas, schwannomas, etc.).^{1,2,7,13-15} El resto del DD depende de la localización del tumor y serán tratadas a continuación.

7a décadas de la vida en el caso de los GIST).² Se localizan con mayor frecuencia en el tercio inferior. El DD también debe incluir a los quistes de duplicación, lipomas, tumores de células granulares y a los hemangiomas, por lo que el ultrasonido transendoscópico resulta de gran utilidad, además de poder practicar biopsia transendoscópica (*Figura 1b*).²

B. Estómago (*Figuras 3, 6-10, 12 y 13*)

Es el sitio más frecuente de afección, donde representan el 1-3% de los tumores.^{2,9} De acuerdo con la serie más grande de GIST gástricos estudiados mediante TC (81 pacientes):¹³ la distribución por género es similar, la forma de presentación clínica incluye principalmente dolor y HTD, y menos frecuentemente masa palpable y vómito. El 75% de los tumores se presentan en el cuerpo. La ulceración es más frecuente (hasta el 60%) que en otras regiones del tubo digestivo y el componente principal es extramural. El tumor puede extenderse e invadir localmente a través de los ligamentos gastrohepático y gastroesplénico, y hacia la parte posterior al saco menor.^{2,13} El resto de las características radiológicas es similar a la reportada en otras regiones anatómicas: Tumor predominantemente heterogéneo (entre más grande sea el tumor más probable es su crecimiento exofítico y su comportamiento heterogéneo) y con realce moderado, siendo rara la calcificación intratumoral y la presencia de adenopatía. No obstante, los tumores benignos pueden ser de mayor tamaño al habitualmente observado para lesiones benignas en otras partes del cuerpo.¹³ En caso de existir duda acerca de la presencia o no de una zona de engrosamiento gástrico puede ser útil revisar al paciente por TC en decúbito prono o lateral (*Figura 6*). El DD se enumera en el cuadro 2.¹⁵ Las características clínicas, patológi-

Parte II.

A. Esófago

Localización infrecuente; sin casos en nuestra serie. Desde el punto de vista de imagen muestran las mismas características que los leiomiomas; sin embargo, este grupo de tumores se presentan generalmente en personas de menor edad (4a década de la vida vs. 6a-

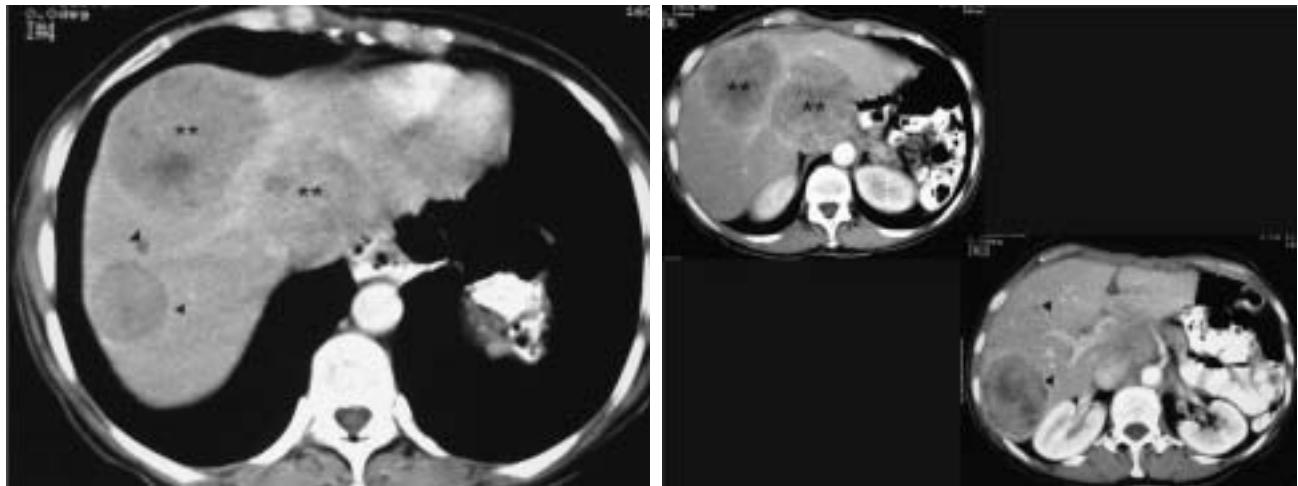


Figura 13. (B) estudio de seguimiento postoperatorio a los 11 m con importante progresión de la enfermedad hepática: nuevas lesiones (cabezas de flecha) y aumento de las ya conocidas (**).

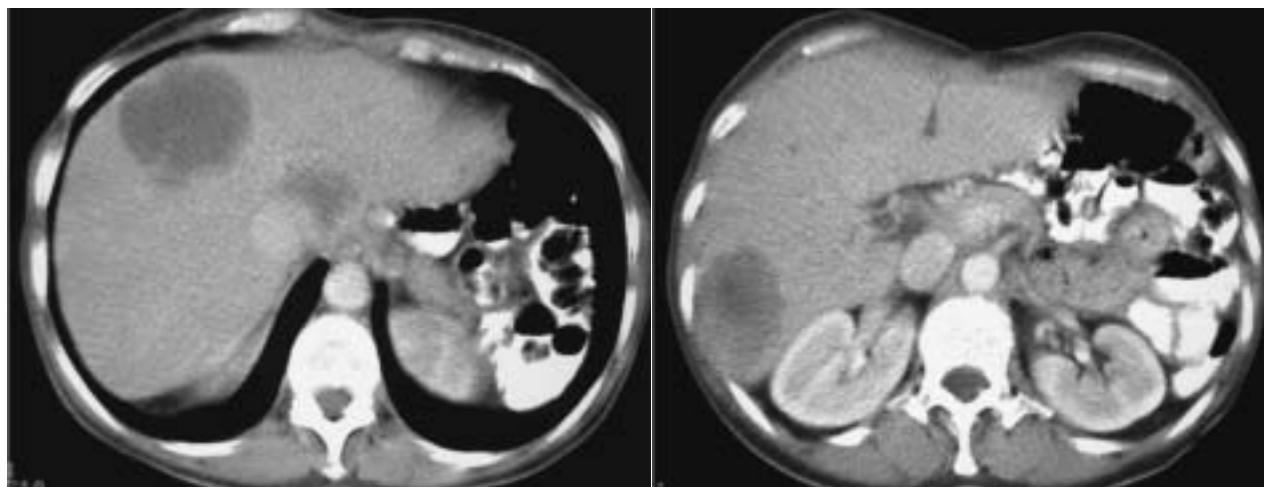


Figura 13. (C) Se inició tratamiento con Imatinib, y el estudio de seguimiento cuatro meses después muestra desaparición de la lesión del segmento VIII y disminución del tamaño y de la densidad del resto de las metástasis.

cas y radiológicas de nuestra serie son similares a las descritas en la literatura.

C. Duodeno (*Figuras 1 y 5*)

De acuerdo con la serie de 20 pacientes con GIST duodenal publicada por Kim y cols.,¹⁴ los tumores se localizan principalmente en la segunda y tercera porción (> 80%). Pese a su localización, generalmente no obstruyen la vía biliar. Representan el 10-33% de todos los tumores malignos del duodeno. La distribución por género es igual, y la forma de presentación incluye dolor, HTD y menos frecuentemente vómito y masa palpable. En estudios baritados el 50% muestran ulceración, con un comportamiento submucoso en un tercio de ellos, y el resto con un comportamiento de compresión extrínseca. Dos terceras partes muestran márgenes lobulados,

y el resto lisos; el 80% son bien delimitados y el 90% muestran heterogeneidad poscontraste intravenoso. En conclusión, su comportamiento es similar al reportado en otras áreas. El DD incluye las lesiones enlistadas en el cuadro II, así como neoplasias de la encrucijada pancreatobiliar (colangiocarcinoma y neoplasias malignas de la cabeza pancreática), las cuales muestran contornos peor definidos y menor realce tras el contraste intravenoso y generalmente se asocian a dilatación de la vía biliar intra y extrahepática.¹⁴

D. Yeyuno e íleon (*Figura 4*)

Representan el 20% de las neoplasias de esta región, siendo el yeyuno el sitio más frecuente y el íleon el más infrecuente.^{2,9} Su tamaño es menor que el de las lesiones gástricas. Las características por imagen

Cuadro II. Principales diagnósticos diferenciales.

Tumor	Características
Adenocarcinoma	Infiltración frecuente con obstrucción intestinal asociada. Crecimiento circunferencial (intraluminal o mural). Ulceración y hemorragia del tubo digestivo más frecuente. Adenopatía asociada.
Linfoma	Engrosamiento concéntrico con realce homogéneo. Indistinguible por imagen de los GIST (ambos presentan cavitación, ulceración y extensión a órganos adyacentes), sin embargo generalmente muestran adenopatía y es rara la degeneración quística/hemorrágica del tumor.
Tumor carcinoide	Localización principal en íleon terminal, y generalmente asociado a gran reacción desmoplásica del mesenterio. En el estómago, generalmente localizados en antró y presentan ulceración central.

son similares a otras regiones. Su extensión puede condicionar involucro de segmentos no contiguos del ID, colon, vejiga, uréter y pared abdominal.² El DD debe incluir a lesiones mesentéricas que invaden la pared intestinal: Fibromatosis mesentérica, pseudotumor inflamatorio y mesenteritis esclerosante.^{2,16} En nuestra serie, los GIST de origen duodenal fueron los más frecuentes a nivel intestinal, lo cual difiere ligeramente con lo reportado. El resto de las características demográficas y radiológicas no mostró diferencia.

E. Colon

Los GIST primarios de colon son raros (0.2-1% de todos los tumores colónicos) (ningún paciente en nuestra serie), y generalmente son consecuencia de metástasis locorregional de otro GIST.^{2,9} Las características por imagen y el diagnóstico diferencial son similares a las observadas en otras regiones. El DD incluye a los sarcomas retroperitoneales como el histiocitoma fibroso maligno, fibrosarcoma y liposarcoma.²

F. Anorrectal

Son tumores raros (ningún paciente en nuestra serie). La serie radiológica más grande es de seis pacientes.¹⁷ Clínicamente presentan dolor rectal y rectorragia, esta última más frecuente en los linfomas y adenocarcinomas debido a su localización mucosa. Las características radiológicas son similares a otras áreas. Casi todos los tumores muestran un componente extramural por lo que tienden a invadir a la fosa isquierdorectal, el espacio supraelevador, la vagina, la próstata, el periné e incluso la base del pene, por lo que el DD debe incluir a los sarcomas de tejidos blandos, al leiomiósarcoma prostático y al sarcoma de los cuerpos cavernosos.¹⁷ Si bien los GIST de pequeño tamaño son similares desde el punto de vista radiológico a los adenocarcinomas de recto, estos últimos son más frecuentes y generalmente muestran bordes irregulares, así como estriación de la grasa perirrectal y adenopatía concomitante. El linfoma es indistinguible; sin embargo, éste debe considerarse principalmente en

pacientes con SIDA. Otros DD incluyen al melanoma metastásico y al carcinoma de células escamosas.¹⁷

G. Omento y mesenterio (*Figura 10*)

Son tumores raros (dos casos en nuestra serie). Pueden ser primarios o metástasis de otras regiones. La serie por imagen más grande reportada sólo incluye a ocho pacientes.¹⁶ El tamaño de las lesiones en este nivel es mayor al de otras localizaciones (media de 16.5 cm).^{2,8,16} Estos tumores son más frecuentes en el omento (50%) que en el resto de los mesenterios (mesocolon transverso, mesocolon sigmoide y mesenterio intestinal).¹⁷ Las características por imagen son similares; sin embargo, el componente quístico puede ser el principal. El DD incluye a la fibromatosis mesentérica (tumor desmoide) y al pseudotumor inflamatorio, los cuales son más homogéneos y no muestran degeneración quística,¹⁶ así como neoplasias primarias del peritoneo como el mesotelioma y el carcinoma papilar seroso, cuya distinción se permite en caso de existir ascitis, debido a que raramente los GIST cursan con líquido libre.¹⁸ En las mujeres también debe ser considerado la leiomiomatosis peritoneal diseminada, la cual se asocia con leiomiomatosis uterina asociada.¹⁸ Las demás lesiones quísticas del mesenterio: linfangioma, quiste de duplicación entérica, quiste entérico y quiste mesotelial, generalmente presentan una pared fina sin componente sólido mural, lo cual es útil para diferenciarlos de los GIST.¹⁶ Los GIST secundarios son múltiples, por lo que el DD debe incluir a la carcinomatosis y linfomatosis peritoneal que generalmente se acompañan de ascitis, hallazgo infrecuente en pacientes con GIST.² Mediante imagen, no es posible distinguir este grupo de neoplasias de los sarcomas (fibrosarcoma, angiosarcoma, sarcoma sinovial, histiocitoma fibroso maligno, leiomiósarcoma y tumores de vaina nerviosa).^{2,18}

Parte III

El 70-90% de los GIST son benignos (*Figuras 1, 3, 4, 6-7 y 12*), pero la posibilidad de malignidad difiere para cada órgano: Los gástricos casi siempre son be-

nigos (relación benigno:maligno 3-5:1), mientras que en el resto de los órganos el comportamiento suele ser más agresivo.^{2-3,15} Los tumores del esófago, colon y región anorrectal generalmente son malignos.² Los GIST malignos (*Figuras 2, 5, 8-10 y 13*) sólo representan el 3% de todos los cánceres del tracto gastrointestinal.¹⁵ En general, los GIST malignos expresan la mutación de *c-kit*, son de mayor tamaño, presentan mayor celularidad y mayor actividad mitótica que su contraparte benigna². Existen tres categorías de comportamiento histológico:

1. Probablemente benigno, con menos de cinco mitosis/50 campos de alto poder (CAP) y $\leq 2\text{cm}$ diámetro.
2. Indeterminado, cuando presentan < cinco mitosis/50 CAP y la lesión tiene un diámetro de 3-4 cm.
3. Maligno, si se identifican > cinco mitosis/50 CAP y el diámetro del tumor es superior o igual a los 5 cm².

Desde el punto de vista radiológico, también existen criterios que sugieren malignidad: tamaño $>5\text{ cm}$ (*Figuras 2, 5, 8-10 y 13*) con componente principal de tipo extraluminal (*Figuras 2, 5 y 8*), realce heterogéneo predominantemente periférico con necrosis intralesional,^{5,8,10,12} invasión local o a distancia (*Figuras 2b, 10, 11 y 13*), así como recaída o progresión de la enfermedad.³ El tamaño promedio de las lesiones benignas de nuestro trabajo también fue inferior a los 5 cm, y las características tomográficas de las lesiones malignas no difirieron de las reportadas en otras series.

Recientemente Nishida y cols. estudiaron de manera retrospectiva el papel de la Tomografía Computarizada Multidetector (TCMD) en la evaluación de 271 pacientes con GIST de alto riesgo.⁹ Los tumores mayores de 6 cm generalmente se acompañan de necrosis, hallazgo raro en tumores $<3\text{ cm}$. La recaída se presentó en más del 50% de los pacientes con lesiones mayores a los 8 cm, siendo extremadamente rara en lesiones menores de 3 cm al momento del diagnóstico. De acuerdo con este grupo, el criterio radiológico más importante que predice malignidad es el tamaño del tumor. Asimismo, existe una relación directamente proporcional entre el tamaño de la lesión, la presencia de signos y síntomas, y la necrosis presente. Por otra parte, la sensibilidad de la TCMD en la detección de lesiones mayores de 2 cm fue del 87%. En este estudio los autores concluyen que en lesiones accesibles por vía endoscópica, ésta continúa siendo el estándar de oro.⁹

De acuerdo con la serie de 116 pacientes (38 con TC al momento del diagnóstico) con GIST malignos de Burkitt y cols., la edad promedio de los pacientes fue de 54.6 ± 13.5 años; su localización fue el intestino delgado en 49 pacientes (42.5%), el estómago en 43 (37%), el colon en siete (6%), el recto en seis (5%), y en tres

casos (2.5%) el mesocolon, pelvis y retroperitoneo. El origen fue indeterminado en ocho (7%). El tamaño promedio fue $13 \pm 6\text{ cm}$; 86% de los tumores tenían márgenes bien definidos, con densidad heterogénea en el 81%, y necrosis central en el 67% de los casos. En el 61% de los pacientes se identificaron metástasis al momento de su presentación, y 87% durante su seguimiento, siendo los sitios más frecuentes el hígado y peritoneo³. En la serie de 200 pacientes con GIST malignos de De Matteo y cols., el 47% de los pacientes presentaban metástasis al diagnóstico, siendo el hígado el sitio más frecuente.¹⁹ Las características de nuestra serie no difirieron de las reportadas.

Las metástasis hepáticas (*Figuras 11 y 13*) se caracterizan por ser mal definidas, de densidad heterogénea de 30-60 unidades Hounsfield ($43 \pm 12\text{ UH}$) y realce periférico. Generalmente son hipodensas al parénquima hepático normal en una fase venosa (portal). Pese a la rareza de lesiones metastásicas hepáticas hiperdensas en fase arterial, la realización de estudios multifásicos (por lo menos en fases arterial y venosa) podría ser útil; sin embargo, no existen trabajos publicados que comparen los estudios monofásicos portales versus tomografías bifásicas en el diagnóstico de estas lesiones. El DD incluye a los quistes simples y complejos, así como a los abscesos.

Actualmente el tratamiento aceptado de los GIST es el quirúrgico.² En caso de metástasis, los pacientes son candidatos a recibir mesilato de Imatinib (Gleevec o Glivec), antes denominado ST1571. Éste es un derivado fenilaminopirimidina, inhibidor selectivo de algunas proteíncinas: BCR-ABL, factor de crecimiento derivado de plaquetas y *kit* (producto del protooncogén *c-kit* presente en pacientes con GIST). Este inhibidor ocupa el lugar destinado al ATP en el receptor BCR-ABL, el cual es necesario para la fosforilación dependiente de tirosincinasa.^{4,6} Inicialmente con el reporte de caso publicado por Joensuu y cols. en el NEJM, y posteriormente con el estudio multicéntrico de Demetri, et al. se demostró el papel del Imatinib. Este último grupo estudió a 147 pacientes: el 53.7% de los pacientes mostraron respuesta parcial, el 27.9% se mantuvo en enfermedad estable y sólo el 13.6% de los casos no mostró respuesta; el 4.8% restante no contaba con una respuesta valorable.⁶ Estos resultados son similares a los reportados en otras series.²⁰ Antes del advenimiento del Imatinib, la tasa de respuesta con doxorrubicina era $< 5\%$, con una sobrevida promedio de 20 meses y en pacientes con recurrencia local, ésta era de 9-12 meses.⁶

El seguimiento es indefinido y una evaluación objetiva de la respuesta tumoral se ha convertido en un punto indispensable a partir de la aparición del Imatinib.² Los lineamientos internacionales de respuesta tumoral fueron inicialmente establecidos por la Organización

Mundial de la Salud en 1980.^{12,21} A partir del año 2000 la respuesta tumoral se basó en los lineamientos del estudio RECIST (*Response Evaluation Criteria in Solid Tumors*).¹²

1. Respuesta completa, definida como desaparición de la lesión(es).
2. Respuesta parcial, disminución de la lesión > 30%.
3. Enfermedad estable, si no cumple con criterios de respuesta parcial ni progresión de la enfermedad.
4. Progresión de la enfermedad, incremento de la lesión > 20% o aparición de nueva(s) lesión(es). En la actualidad con la aparición del PET, probablemente la evaluación postratamiento vuelve a modificarse, ya que como es bien sabido la medición del tumor en una o dos dimensiones (1D/2D) no necesariamente refleja los cambios biológicos del tumor, y de hecho puede condicionar la toma de decisiones no óptimas en el manejo de este grupo de pacientes.¹² De acuerdo con el trabajo de Choi y cols., en donde se realizó un estudio tomográfico antes del inicio de Imatinib y a los dos meses del tratamiento, los cambios de las metástasis hepáticas visibles por TC pueden incluir (*Figura 13*):

1. Mejor definición de sus bordes.
2. Disminución de su tamaño ($p = 0.007$), efecto observado generalmente después de ocho semanas de iniciada la quimioterapia, aunque se debe tomar en consideración que el 75% de las lesiones permanecen del mismo tamaño antes de haberse cumplido dicho periodo de tiempo;
3. Disminución de la atenuación de las lesiones (apariencia quística) con un promedio de 12.3 UH ($p = < 0.0001$), la cual muestra una adecuada correlación con PET únicamente en aquellos pacientes en quienes se identifica una disminución > 60% del valor de captación estandarizado (SUV) de ¹⁸F-glucosa (media 64.9%) ($p = 0.0001$).^{12,22} La evaluación mediante PET se reserva únicamente para aquellos pacientes en quienes existe captación del radiofármaco por el tumor en el estudio de PET pretratamiento (80% de los pacientes). Debe tenerse en consideración que la apariencia quística de las metástasis hepáticas posterior al tratamiento con Imatinib fue descrita en una serie de sólo cuatro pacientes.²² La disminución de la densidad y la disminución o ausencia en la captación del radiofármaco puede estar en relación a necrosis tumoral, disminución vascular, degeneración mixoide o quística, y cicatrización tumoral postratamiento. Sin embargo, el DD de lesiones hepáticas de apariencia quística en pacientes con GIST sean o no tratados con Imatinib es amplio, por lo que es necesario realizar una adecuada correlación clínica-radiológica.

ca y en ocasiones estudios de extensión para descartar otras etiologías.²³ Finalmente, el Radiólogo también debe tener conocimiento de los efectos adversos asociados al Imatinib, principalmente dolor abdominal y HTD o intraabdominal (generalmente en tumores de gran tamaño), presentes en el 26 y 5% de los pacientes, respectivamente,⁶ ya que los estudios de extensión solicitados para su evaluación incluyen estudios de imagen.

Nuestro estudio tiene numerosas limitantes. Si bien representa la serie más grande de GIST reportada en nuestro país, el número aún es inferior al publicado en otras partes del mundo. El estudio es de tipo retrospectivo y los equipos de Radiología empleados han sufrido grandes modificaciones tecnológicas, lo cual pudo influir en la evaluación de algunos de los hallazgos radiográficos de estos tumores. Los protocolos de estudio por TC también han cambiado, lo cual influye en la evaluación de lesiones metastásicas.

Conclusiones

Los GIST son tumores originados en la *muscularis propria*. Las características de nuestros pacientes fueron, en términos generales, similares a las reportadas en otras series a nivel mundial, es decir:

1. El estómago es la localización más frecuente.
2. Presentan gran heterogeneidad en el patrón radiológico aunque con predominio de crecimiento intramural en lesiones pequeñas y extensión extramural en lesiones de mayor tamaño.
3. Muestran densidad y realce heterogéneo con áreas de hemorragia, necrosis y formación quística en lesiones malignas.
4. Los sitios de metástasis más frecuentes son el hígado y el peritoneo.
5. No se observó adenopatía en ningún caso y la clasificación intratumoral es rara.
6. Se deben considerar malignas aquellas neoplasias > 5 cm y con áreas de necrosis.
7. No hay características radiológicas específicas para diferenciarlos de otros tumores mesenquimales.
8. Para la evaluación de este grupo de pacientes podría ser útil la TC bifásica (arterial y portal) y el uso de RM en la detección de lesiones hepáticas.
9. El comportamiento de las metástasis tras el tratamiento con Imatinib se caracteriza por disminución en la atenuación de las lesiones con o sin disminución en su número y tamaño.

Comentarios particulares de los casos:

- En el CASO 1 no se practicó TC al diagnóstico. Se realizó tránsito intestinal con lesión no

- observada por este método, salvo en retrospectiva. Se realizó angiografía con datos de angiodisplasias gástrica y en yeyuno proximal.
- El CASO 2 recayó a los tres años con gran masa abdominal.
 - El CASO 4 recayó al año y medio de manera local y con metástasis hepáticas.
 - El CASO 8 fue tratado inicialmente fuera del Instituto, y los datos puestos en la tabla son por una nota de referencia. No cuenta con imagen preoperatoria dentro del Instituto.
 - En el Caso 11 el tumor no fue observado de manera inicial en los estudios de imagen (incluso TC) pese a su dimensión (4.9 cm), sólo de manera retrospectiva. Probablemente debido a falta de opacificación del duodeno.
 - En la TC del Caso 13 no se administró material de contraste (estudio practicado fuera del Instituto). Durante la cirugía se observó extensión al mesocolon.
 - En el Caso 15 la invasión a vejiga no fue diagnosticada preoperatoriamente por TC. La lesión tenía una cavidad que se llenaba con material de contraste. El paciente recayó a los tres años en retroperitoneo, epiplón e hígado.

- En el Caso 16, el origen de la lesión no se pudo evidenciar por TC. Existía invasión a pared abdominal anterior. Como hallazgo transoperatorio, se observó que el tumor abdominal estaba pediculado al estómago.
- El Caso 18 sólo cuenta con un tránsito intestinal reportado como normal (incluso en retrospectiva). No se practicó TC, ya que la paciente ingresó por HTD en estudio con colonoscopia y panendoscopia normal. El diagnóstico fue por cirugía (LAPE) y las características anotadas son las observadas por Patología.
- En el Caso 20, la causa de la ictericia fue un adenocarcinoma del ámpula de Vater. El GIST fue un hallazgo transoperatorio y éste no fue visto en la TC preoperatoria (ni siquiera de manera retrospectiva, probablemente debido a su pequeño tamaño), por lo que las características anotadas son las observadas por Patología.
- En el Caso 23, la neoplasia se comportó como un engrosamiento focal de la pared del remanente gástrico. La paciente había sido sometida a los 13 años de gastrectomía parcial por la presencia de 15 lesiones de 1-2 cm de diámetro.
- El Caso 25 fue descrito por Patología como un tumor ubicado entre ID y colon.

anales de
RADIOLOGÍA
MÉXICO

Les invita a visitar la página web

de la Sociedad Mexicana de Radiología e Imagen, A.C.

www.smri.org.mx

Referencias

1. Sharp RM, et al. Gastrointestinal stromal tumor (best cases from the AFIP). Radiographics 2001; 21: 1557-60.
2. Levy AD, et al. Gastrointestinal stromal tumors: radiologic features with pathologic correlation. Radiographics 2003; 23: 283-304.
3. Burkitt GJ, et al. Malignant gastrointestinal stromal tumor: Distribution, imaging features, and pattern of metastatic spread. Radiology 2003; 226: 527-32.
4. Goldman JM, Melo JV. Targeting the BCR-ABL tyrosine kinase in chronic myeloid leukemia. NEJM 2001; 344: 1084-6.
5. Joensuu H, et al. Effect of the tyrosine kinase inhibitor ST1571 in a patient with a metastatic gastrointestinal stromal tumor. NEJM 2001; 344: 1052-6.
6. Demetri GD, et al. Efficacy and safety of Imatinib mesylate in advanced gastrointestinal stromal tumors. NEJM 2002; 347: 472-80.
7. Levy AD, et al. Gastrointestinal stromal tumors in patients with neurofibromatosis: Imaging features with clinicopathologic correlation. AJR 2004; 183: 1629-36.
8. Sinha R, et al. Mesenteric gastrointestinal Stromal tumor in a patient with neurofibromatosis. AJR 2004; 183: 1844-6.
9. Nishida T, et al. Multidetector CT of high-risk patients with occult gastrointestinal stromal tumors. AJR 2003; 180: 185-9.
10. Rioux M, Mailloux C. Crescent-shaped necrosis: A new imaging sign suggestive of stromal tumor of small bowel. Abdom Imaging 1997; 22: 376-80.
11. Fortman BJ, Torricelli-Bernoulli. Sign in an ulcerating gastric leiomyosarcoma. AJR 1999; 173: 199-200.
12. Choi H, et al. CT evaluation of the response of gastrointestinal stromal tumors after Imatinib mesylate treatment: A quantitative analysis correlated with FDG PET findings. AJR 2004; 183: 1619-28.
13. Kim HC, et al. Gastrointestinal stromal tumors of the stomach: CT findings and prediction of malignancy. AJR 2004; 183: 893-8.
14. Kim HC, et al. Gastrointestinal stromal tumors of the duodenum: CT and Barium Study Findings. AJR 2004; 183: 415-19.
15. Ba-Ssalamah A, et al. Dedicated multidetector CT of the stomach: Spectrum of diseases. Radiographics 2003; 23: 625-44.
16. Kim HC, et al. Primary gastrointestinal stromal tumors in the omentum and mesentery: CT findings and pathologic correlation. AJR 2004; 182: 1463-7.
17. Levy AD, et al. Anorectal gastrointestinal stromal tumors: CT and MR imaging features with clinical and pathologic correlation. AJR 2003; 180: 1607-12.
18. Pickhardt PJ, Bhalla S. Primary neoplasms of the peritoneal and subperitoneal origin: CT findings. Radiographics 2005; 25: 983-95.
19. De Matteo RP, Lewis JJ, Leung D, Mudan SS, Woodruff JM, Brennan MF. Two hundred gastrointestinal stromal tumors: Recurrence patterns and prognostic factors for survival. Ann Surg 2000; 231: 51-8.
20. van Oosterom AT, Judson I, Vermeij J, et al. Safety and efficacy of Imatinib (ST1571) in metastatic gastrointestinal stromal tumors: A phase I study. Lancet 2001; 358: 1421-3.
21. Miller AB, Hoogstraten B, Winkler A. Reporting results of cancer treatment. Cancer 1981; 47: 207-14.
22. Chen MY, et al. Cystic changes in hepatic metastases from gastrointestinal stromal tumors (GISTs) treated with Gleevec (Imatinib Mesylate). AJR 2002; 179: 1059-62.
23. Zonios D, et al. Cyst-like hepatic metastases from gastrointestinal stromal tumors could be seen before any treatment. AJR 2003; 181: 282 (carta al editor).