

Os autores do trabalho alertam também para a estabilidade das características destes tipos de tumor, nomeadamente fazendo a comparação da percentagem de doentes cujas lesões sofreram alterações, (14,6%), com os encontrados por outros autores em trabalhos recentemente efectuados (até 20%). Neste sentido, é questionável o tipo e duração de seguimento a efectuar nestes doentes, uma vez que as lesões tendem a manter as suas características inalteradas ao longo dos anos.

Segundo *Jensen*<sup>1</sup>, no seguimento destes doentes, o tumor não deve mostrar aumento do tamanho, nem alteração das ecoestruturas. Para este autor, a indicação cirúrgica coloca-se quando existem dois critérios de malignidade entre: desenvolvimento de sintomas, aumento significativo do tamanho (mais de 10 mm), alteração do aspecto ecográfico, ou alteração dos critérios citológicos, histológicos, ou imunohistoquímicos de eventual malignidade.

Bruno<sup>7</sup> alerta que o aumento em tamanho das lesões com aspecto benigno não pode ser considerado por si só como indicativo de malignidade e propõe uma vigilância periódica deste tipo de tumor.

*Saftoiu*<sup>5</sup> propõe a ressecção endoscópica submucosa como uma alternativa para o diagnóstico e tratamento dos tumores submucosos com diâmetro inferior a 3 cm.

Segundo *Akahoshi*<sup>6</sup> todos os GIST são considerados potencialmente malignos e portanto poderão todos ter indicação cirúrgica, mesmo as pequenas lesões intramurais do tracto gastrintestinal. Ainda segundo o mesmo autor, a ressecção cirúrgica completa dos GIST menores que 2 cm permite uma percentagem de 100% de cura.

A exérese da totalidade das lesões submucosas apresenta-se como um processo radical, intervencionista por um lado e dispendioso por outro.

Sem dúvida que nós partilhamos a ideia dos autores deste trabalho, quanto à proposta de vigilância deste tipo de lesão. Pensamos que a estabilidade das características ecográficas por um período de 5 anos é suficiente para que se interrompa o seguimento no final desse período.

Por outro lado, achamos que a vigilância dos doentes com alteração das características ecoendoscópicas deve ser mantida para lá dos 5 anos, uma vez que durante esse período podem apresentar apenas alterações ligeiras dessas características, mas com o passar do tempo elas serem mais marcadas e haver necessidade de indicação cirúrgica numa fase posterior.

Queremos realçar a importância deste trabalho e a necessidade de outros no futuro, para ajudar ao esclarecimento do comportamento deste tipo de tumores e à sua evolução ao longo do tempo.

#### REFERÊNCIAS

1. Janssen C, Dietrich CF. Endoscopic ultrasound in subepithelial tumors of the gastrointestinal tract, in: Christoph Frank Dietrich Editor, Endoscopic Ultrasound, Stuttgart-New York, 2006 Georg Thieme Verlag: 121-154.
2. Van Stolk RU. Subepithelial lesions, in: Van Dam J, Sivak M V, Editors. Gastrointestinal Endosonography. Philadelphia Saunders, 1999;153-165.
3. Berman J, O'Leavy TJ. Gastrointestinal stromal tumors workshop. Hum Pathol 2001;32:578-582.
4. Miettinen M, El-Rifai W, Sobin LH, et al. Evaluation of malignancy and prognosis of gastrointestinal stromal tumors: a review. Hum Pathol 2002;33:478-483.
5. Saftoiu A, Ciurea T, Georgescu CV, et al. Curative endoscopic ultrasound-assisted submucosal resection of a gastric stromal tumor – case presentation. Rom J Gastroenterol 2005;14:177-182.
6. Akahoshi K, Sumida Y, Matsui N, et al. Preoperative diagnosis of gastrointestinal stromal tumor by endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration. World J Gastroenterol 2007; 13:2077-2082.
7. Bruno M, Carucci P, Repici A, et al. The natural history of gastrointestinal subepithelial tumors arising from muscularis propria: an endoscopic ultrasound survey. J Clin Gastroenterol 2009; 43:821-825.

## Lesões subepiteliais do tubo digestivo

### *Subepithelial lesions of the digestive tract*

António Alberto Santos

aalbertosantos6@gmail.com

As lesões subepiteliais do tubo digestivo alto são achados endoscópicos pouco frequentes (<1%). Podem ter origem em qualquer camada parietal (intramurais) ou secundárias a compressões de inúmeras estruturas adjacentes (extramurais).

A Ecoendoscopia (USE) é o método de eleição para caracte-

rizar este tipo de tumores<sup>1</sup> permitindo definir com acuidade a sua origem intra ou extramural; neste último grupo permite a distinção entre estruturas normais (por ex. baço ou vesícula) e patológicas (tumores, quistos, aneurismas). Nos tumores intra-parietais a capacidade de definir a camada de origem e as

características ecográficas (ecogenicidade, dimensões, vascularização, definição das margens e a presença de adenopatias peri-lesionais) são critérios importantes no diagnóstico deste tipo de tumores. A punção guiada por Ecoendoscopia, quer através de agulha fina, quer por biópsia “*Trucut*” permite, em casos seleccionados uma melhor caracterização destes tumores.

Os tumores mesenquimatosos do tubo digestivo (TMS) representam um grupo muito heterogéneo de neoplasias cuja nomenclatura tem sido objecto de numerosas alterações nos últimos anos. Os tumores do estroma gastrointestinal (GIST) são o tipo mais frequente, compreendendo um grupo heterogéneo de tumores no respeitante à sua origem, diferenciação tumoral e prognóstico. A história natural dos GISTs é mal conhecida; são diagnosticados frequentemente em idades avançadas, mais frequentes no estômago (60 a 70%), intestino delgado (20 a 25%) e recto (5%) e esfôago (<5%). A imunohistoquímica é fundamental no diagnóstico diferencial através da utilização de diversas proteínas (c-kit, CD34, actina, desmina e proteína S100). Embora anteriormente se considerasse que alguns destes tumores fossem benignos, é hoje aceite que virtualmente todos os GIST, sobretudo com dimensões superiores a 1 cm, têm potencial de malignidade, sendo os do intestino delgado mais agressivos quando comparados com os de localização gástrica. A punção com agulha fina guiada por Ecoendoscopia permite obter amostras suficientes para o diagnóstico de GIST, quando é realizada em tumores com diâmetros superiores a 2 cm; em tumores de menores dimensões, a acuidade do método é muito inferior, quer pela dificuldade na punção quer pela obtenção de material suficiente.

No artigo publicado no número anterior do GE e no respectivo editorial várias questões se podem colocar:

1. capacidade de definir o grau de malignidade deste tipo de tumores. Várias características ecográficas (dimensões, irregularidade dos contornos, heterogeneidade, focos ecogénicos e cavidades quísticas) são critérios úteis na avaliação da malignidade e foram validados em diversos estudos <sup>2,3</sup>. A caracterização imunohistoquímica e a utilização de marcadores como o Ki-67 permite aumentar a acuidade da USE na avaliação de malignidade <sup>4</sup>. Apesar do índice mitótico (IM), unicamente avaliável através do exame da peça operatória, ser considerado o parâmetro mais importante na classificação do potencial de malignidade dos GIST, a USE com ou sem PAF, é útil para definir a melhor estratégia a seguir caso a caso.

2. Valor relativo de critérios USE para definir a melhor estratégia. O grau de subjectividade na avaliação de determinados parâmetros deve ser ponderado. Em relação às dimensões, sobretudo em lesões infracentimétricas a sua acuidade é baixa, mesmo em doentes submetidos a vários exames com o mesmo operador (por ex. será que o aumento de 8 mm para 11 mm em dois exames seriados, será critério para aconselhar exérese?). O grau de heterogeneidade é ainda mais subjectivo para ser considerado um critério útil para a decisão (será que é possível definir uma diferença de heterogeneidade em dois

exames sucessivos?). A dificuldade na utilização destes parâmetros para definir uma estratégia pode ser inferida pelos resultados do próprio estudo (nos casos operados devido a alteração das dimensões e da heterogeneidade nenhuma das lesões apresentava alto risco de malignidade).

3. Seguimento vs Exérese. Dado o potencial de malignidade dos GIST é proposta por alguns autores a remoção cirúrgica de todos estes tumores. Esta posição está longe de ser consensual, pelo que a decisão deverá ser considerada caso a caso, tendo em consideração critérios clínicos e imagiológicos e, sempre que possível ser discutida em reuniões multidisciplinares. Em casos sintomáticos (por ex. hemorragia digestiva e dor abdominal em tumores de grandes dimensões) a decisão cirúrgica é consensual, exceptuando casos de elevado risco anestésico. No entanto, na grande maioria dos casos o diagnóstico de GIST é acidental. O que fazer nestes casos? Em tumores com dimensões superiores a 3 cm e com critérios ecográficos que sugiram malignidade, a exérese é recomendável. Em tumores de menores dimensões e sem critérios ecográficos de malignidade, o seguimento é uma alternativa aceite pela maioria dos autores. Nestas situações o intervalo recomendável é de 12 meses. Segundo os autores, os custos associados à realização de múltiplos exames deverá ser igualmente um critério importante na decisão. Não me parece correcto estabelecer comparações de estratégias quando os “*outcomes*” são pouco ou nada conhecidos (no grupo de doentes com tumores de baixa malignidade, qual a percentagem que irá ter doença clinicamente significativa? Será necessário seguimento? Em que casos? Por quanto tempo?). A resposta a estas questões será, sem dúvida o objecto de estudos prospectivos bem validados.

4. Que tipo de exérese? É consensual que se deve optar por métodos minimamente invasivos. Em tumores originados na *muscularis* mucosa a remoção endoscópica é um método seguro e eficaz, desde que se obtenham margens de ressecção adequadas; com o advento de novos acessórios endoscópicos, será possível a ressecção de tumores com origem na muscular própria. A utilização da cirurgia laparoscópica com ou sem endoscopia simultânea é igualmente uma solução minimamente invasiva a ser considerada.

## BIBLIOGRAFIA

1. Hwang JH, Saunders MD, Rulyak SJ, *et al.* A prospective study comparing endoscopy and EUS in the evaluation of GI subepithelial masses. *Gastrointest Endosc* 2005;62:202-208.
2. Chak A, Canto MI, Rosch T, *et al.* Endosonographic differentiation of benign and malignant stromal cell tumors. *Gastrointest Endosc* 1997;45:468-473.
3. Palazzo L, Landi B, Cellier C, *et al.* Endosonographic features predictive of benign and malignant gastrointestinal stromal cell tumours. *Gut* 2000;46:88-92.
4. Ando N, Goto H, Niwa Y, *et al.* The diagnosis of GI stromal tumors with EUS-guided fine needle aspiration with immunohistochemical analysis. *Gastrointest Endosc* 2002;55:37-43.