



REVISTA DE
GASTROENTEROLOGÍA
DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



ENDOSCOPIA

Tratamiento endoscópico de lesiones premalignas

A. Hernández-Guerrero

Servicio de Endoscopia, Instituto Nacional de Cancerología.

Recibido el 31 de mayo de 2015; aceptado el 8 de junio de 2015

El tratamiento endoscópico de las lesiones superficiales del tubo digestivo fue descrito por los japoneses desde hace varias décadas. La resección endoscópica de la mucosa (REM) y la disección endoscópica de la submucosa (DES) son el tratamiento estándar y se ha logrado gran experiencia por el número de casos que se realizan. En el Occidente se ha ido tomando más experiencia con estas técnicas y las indicaciones de tratamiento también se han expandido; asimismo se ha logrado mayor experiencia en la aplicación de estas técnicas en diferentes segmentos del tubo digestivo. Varios trabajos se han presentado en relación con la experiencia de la DES en esófago, donde es menos frecuente su utilización por considerarse de mayor riesgo de perforación. El trabajo del Dr. Youn¹ revisó la experiencia de 35 pacientes que fueron sometidos a DES (24 displasia de alto grado, seis de displasia de bajo grado y cinco lesiones intramucosas): el tiempo promedio del procedimiento fue 38 min, el tamaño promedio de las lesiones fue 27 mm, la resección completa se logró en 97.1% y la estancia hospitalaria fue de 4 días; se observó microperforación en 5.7%, estenosis secundaria a la disección en 17.1% y no se reportó mortalidad relacionada con el procedimiento. Los resultados demuestran que es una técnica efectiva y segura con bajo riesgo de complicaciones mayores.

El manejo de lesiones premalignas y malignas incipientes en el estómago es la endoscopia. Existen criterios ya definidos para tratar estas lesiones que son los tradicionales y que se refieren a lesiones intramucosas (IM) bien diferenciadas > 20 mm, así como criterios extendidos: lesiones IM > 30 mm

y/o con invasión a la submucosa (sm) < 500 micras o indiferenciadas < 10 mm. En distintos centros se han realizados reportes de los resultados comparando ambos tipos de lesiones y su tratamiento. En Corea se informaron los resultados de la DES con criterios tradicionales y expandidos en 1,102 casos (631 cáncer y 471 con displasia): la resección en bloque fue 94.1 vs. 90.7% respectivamente (NS) y el tamaño de la lesión fue 12.7 vs. 26.6 mm ($p < 0.05$); no hubo diferencias en complicaciones como hemorragia y perforación, ni en la recurrencia local (1.4 vs. 1.8%, NS), lo que demuestra que es una técnica adecuada para tratar los casos con criterios extendidos.² Asimismo, en el Occidente está técnica ha cobrado popularidad y se reportan los resultados de 137 casos: la resección en bloque fue de 88%. Los resultados también se analizaron de acuerdo con el número de criterios extendidos, si eran uno, dos o tres, y se observó resección en 77, 63 y 28%, respectivamente, lo que llevó a concluir que con mayor número de criterios la resección y la curación se ven disminuidas.³

La REM o DES en duodeno siempre se ha descrito como una técnica difícil por delgadez de la pared, brenneromas en la submucosa, limitación para mover el endoscopio y abundante líquido. Los resultados de la REM con y sin "cap" en adenomas duodenales y neoplasias duodenales no ampulares en 100 pacientes con adenomas duodenales esporádicos fueron: resección completa en 94%, con bajo índice de complicaciones y recurrencia de 13% durante el seguimiento a 24 meses.^{4,5} Utilizando la DES en tumores no ampulares y comparando dos tipos de accesorios ("flex knife" y "hook

knife”) se logró la resección completa en 93%; todas la lesión se cerraron con hemoclips. Se reportó una perforación y sangrado, y se observó que es más seguro utilizar el “hook-knife”, así como tener entrenamiento adecuado en DES en otros órganos y un equipo de asistencia bien entrenado.⁶ Los resultados de un meta-análisis de DES en colon que incluyó 132 estudios con un total de 17,711 de 15 países demostró que 68% de los reportes son de Japón; se informó resección completa en 92% de los casos, tiempo promedio del procedimiento de 80 min, estancia hospitalaria de 4 días, 4.5% de perforaciones, sangrado en 1%, cirugía de urgencia en 0.09% y recurrencia después de 27 meses de seguimiento de 1.1%. Lo anterior demuestra que es una técnica segura y efectiva.⁷ Se recomienda hacer revisiones endoscópicas después de la resección a los 3 y 6 meses, ya que el objetivo es detectar en la primera revisión tejido residual y posteriormente si hay displasia. El grupo del Dr. Wallace⁸ propone que los periodos de vigilancia podrían extenderse a 9 y 12 meses debido a que 97% del número de pólipos tratados con REM completa (525) no tenía ninguna lesión residual después de la primera revisión.

Las opciones por endoscopia han resultado ser la mejor estrategia en el manejo de complicaciones de la DES; la perforación es la complicación de mayor frecuencia, pero el cierre de la misma con hemoclips en promedio de 4.7 se logra hasta en 97% según el trabajo presentado por la Universidad de Seúl, Corea.⁹

Aunque estas técnicas han demostrado ser seguras y efectivas en el manejo de lesiones premalignas y malignas del tracto digestivo, es necesario tener entrenamiento adecuado y lograr la curva de aprendizaje que se ha recomendado antes de hacer los primeros procedimientos. En este estudio se demuestra que cuando se realizan los primeros 30 casos puede disminuir el número de resecciones adecuadas (93%) y aumentar el número de complicaciones (16%) y el tiempo del procedimiento, pero cuando se logran más de 60 casos estas cifras se reducen de manera considerable.¹⁰

El manejo endoscópico de las lesiones premalignas y neoplásicas incipientes ha demostrado ser efectivo y seguro y debe considerarse un procedimiento avanzado que requiere entrenamiento adecuado con suficiente número de casos y equipo e infraestructura suficientes para el manejo de las posibles complicaciones.

Financiamiento

No se recibió financiamiento para este trabajo.

Conflicto de intereses

El autor no tiene ningún conflicto de interés.

Bibliografía

1. Young Hoon Youn, Jungsoo Park, Jac Jun Park, et al. Clinical Outcomes of Endoscopic Submucosal Dissection for Superficial Esophageal Squamous Neoplasms. Sesión de carteles presentada en: DDW; 2015 mayo 16-19; Washington, DC. Tu1580.
2. Ryu Chang, Lee Sung. Clinical Outcome of Absolute versus Expanded Indication of Endoscopic Submucosal Dissection for Early Gastric Cancer. Sesión de carteles presentada en: DDW; 2015 mayo 16-19; Washington, DC. Mo1561.
3. Schneider A, Probst A, Arnholt H, et al. ESD in Early Gastric Cancer. European Results for Guideline vs. Expanded Criteria. Sesión de carteles presentada en: DDW; 2015 mayo 16-19; Washington, DC. Sa1535.
4. Klein A, Bahin F, Nayyar D, et al. Long Term Outcome after Endoscopic Resection of Large Sporadic Duodenal Adenomas. Sesión de carteles presentada en: DDW; 2015 mayo 16-19; Washington, DC. Sa1413.
5. Lee J, Lanke G, Chan C, et al. Endoscopic Mucosal Resection (EMR) of Nonampullary Duodenal Polyps with or without EMR-Cap. Sesión de carteles presentada en: DDW; 2015 mayo 16-19; Washington DC Sa1084.
6. Ishii Naoki, Akiyama Hitoshi. Safety and Efficacy of Endoscopic Submucosal Dissection for Non-Ampullary Duodenal Neoplasms. Sesión de carteles presentada en: DDW; 2015 mayo 16-19; Washington, DC. Sa1529.
7. Akintoye E, Kumar N, Thompson C. Colorectal Endoscopic Submucosal Dissection: a Meta-Analysis. Sesión de carteles presentada en: DDW; 2015 mayo 16-19; Washington, DC. Su1664.
8. Bhurwal A, Bartel M, Brahmabhart B, et al. Residual Neoplasia Following Colorectal Endoscopic Mucosal Resection (EMR) - Is the 3-6 Months Surveillance Interval Long Enough? Sesión de carteles presentada en: DDW; 2015 mayo 16-19; Washington, DC. Sa1522.
9. Kim Hyunju, Chung Hyunsoo, Jung Da Hyun, et al. Clinical Outcomes and Management Strategy of Perforation Associated With Endoscopic Submucosal Dissection for Upper Gastrointestinal Epithelial Neoplasm. Sesión de carteles presentada en: DDW; 2015 mayo 16-19; Washington, DC. Su1490.
10. Lee Ching-Tai, Wang Wen-Lun, Chang Chi-Yang, et al. The Learning Curve for Endoscopic Submucosal Dissection of Early Esophageal Neoplasm. Sesión de carteles presentada en: DDW; 2015 mayo 16-19; Washington, DC. Su1573.