



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



ENDOSCOPIA E IMAGEN

Ultrasonido endoscópico (retos futuros)

F. Zamarripa-Dorsey

Jefe del servicio de Gastroenterología, Hospital Juárez de México

Recibido el 7 de junio de 2016; aceptado el 5 de julio de 2016

Introducción

En la Semana de Enfermedades Digestivas de San Diego 2016, se presentaron tanto en carteles como en sesiones orales de la Asociación Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE) y la Asociación Americana de Gastroenterología (AGA), 142 trabajos en relación con el ultrasonido endoscópico (USE), la gran mayoría enfocados en la utilidad que ofrece este método de imagen para diagnosticar, estadificar y tratar diferentes condiciones o enfermedades gastrointestinales y de la vía biliar. El crecimiento del USE en la última década ha sido exponencial, pues ha pasado de ser un recurso diagnóstico para estadificar lesiones a una forma de tratamiento de éstas y una herramienta terapéutica en situaciones especiales.

En primer lugar, analizo dos trabajos mexicanos, el primero del grupo del servicio de endoscopia del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" (INCMNSZ), quienes presentan y evalúan la certeza diagnóstica del USE en lesiones sólidas hepáticas con biopsias de aspiración con aguja fina. Es un estudio retrospectivo en un periodo de análisis de 7 años. Todos los pacientes contaban con estudios como US, TAC o RM previo a su procedimiento.

Se realizaron 70 procedimientos en 68 pacientes. Las lesiones se localizaban en el lóbulo izquierdo en 39 casos y 28 en el lóbulo derecho. El 40% eran mujeres con una mediana de edad de 61.8 ± 14.1 , y el promedio del tamaño de la lesión fue de 30.41 ± 7.9 mm. El diagnóstico histológico demostró malignidad en el 85% de los pacientes, en nueve casos fueron lesiones benignas y en dos casos el resultado fue no diagnóstico. Del total de los 57 pacientes con citología (+) para malignidad, en seis casos se cambió el manejo establecido. No se reportaron complicaciones y concluyen que la biopsia con aspiración en lesiones hepáticas es un procedimiento seguro y con una buena sensibilidad, y que puede impactar en el manejo de los pacientes.¹

El segundo estudio es del grupo del Instituto Nacional de Cancerología (INCAN), en el cual se compara el drenaje biliar percutáneo vs. el drenaje por USE en pacientes con CPRE fallidas. Se dividieron en dos grupos (grupo A USE y grupo B drenaje percutáneo). Se analizaron múltiples variables, como edad, sexo, estado funcional, periodo de seguimiento, bilirrubinas, sitio de la obstrucción, éxito clínico y técnico, y complicaciones tempranas y tardías, así como reintervenciones.

Correspondencia de Autor: Av. Instituto Politécnico Nacional No. 5160, Magdalena de las Salinas, Gustavo A. Madero, Ciudad de México. C.P. 07760. Teléfono: (55) 5451-4652. Correo electrónico: gastrozama@yahoo.com.mx (F. Zamarripa Dorsey)

Resultados

En el grupo de USE se realizaron 37 procedimientos (35 pacientes) y en el grupo de drenaje biliar se llevaron a cabo 55 intervenciones con 31 pacientes. El éxito técnico para el grupo de USE fue del 81 vs. 90% para el grupo de drenaje, pero el éxito clínico fue del 90.7 vs. 68.7 con una $p = 0.09$. Se presentaron complicaciones tempranas en ambos grupos de forma parecida, pero las complicaciones tardías y reintervenciones fueron mayores para el grupo del drenaje percutáneo ($p = 0.0009$ y $p = 0.0006$). Los autores concluyen que en los casos de obstrucción maligna con CPRE fallida, el drenaje por USE es mejor y con menos complicaciones que el drenaje vía percutánea.²

El tercer trabajo que presento es el de la utilidad clínica del USE con elastografía para el diagnóstico de pancreatitis crónica (PC). Este estudio pertenece al grupo del Dr. Armengol de Barcelona. Es un estudio prospectivo y consecutivo que se llevó a cabo de mayo de 2014 a noviembre de 2015; se excluyeron a pacientes con tumores o quistes pancreáticos al momento. El procedimiento se llevó a cabo con un USE PREMIER PLUS GF. UE 60/EVIS-ME2. Se evaluó cabeza, cuerpo y cola de páncreas y se tomó un promedio de las tres mediciones. Se incluyeron a 77 pacientes (mediana de edad 61 ± 15 años; 26 hombres y 51 mujeres). Las indicaciones fueron desde la sospecha de pancreatitis crónica y estudios de los conductos biliares, hasta vigilancia neoplasias pancreáticas. De acuerdo con la clasificación de Rosemont, 26 pacientes (33.76%) no presentaban anormalidades, en 22 pacientes en quienes se buscaba pancreatitis crónica, no fue concluyente, y en nueve casos la elastografía fue sugestiva de pancreatitis crónica. Este grupo español concluye que la elastografía mediante USE es una nueva modalidad que promete buenos resultados en el diagnóstico de PC.³

El siguiente trabajo me parece de gran interés, ya que compara al USE con aspiración con aguja fina (FNA) vs. cepillado por CPRE en pacientes con sospecha de colangiocarcinoma. Es un estudio retrospectivo realizado por el grupo italiano de Milán, con un periodo de análisis de 2 años. Todas las muestras obtenidas fueron analizadas in situ por un citopatólogo experto. Se incluyeron a 54 pacientes, los cuales fueron sometidos a ambos procedimientos. El diagnóstico principal fue colangiocarcinoma en 43 casos y en siete casos el análisis histocitológico no fue concluyente. El USE-FNA diagnosticó colangiocarcinoma en 19/22 pacientes ($S = 86\%$) y el cepillado por CPRE 21/36 pacientes ($S = 58\%$) ($p = 0.02$). El USE-FNA fue más sensible y preciso en las lesiones con presencia de tumor, vegetaciones intraductales, así como nódulos sólidos. El cepillado fue superior en aquellos casos en donde existía un engrosamiento de las paredes ductales. Los autores concluyen que en casos de sospecha de colangiocarcinoma, el USE-FNA ofrece un diagnóstico más preciso y, dependiendo del tipo de lesión, es más cierto que el cepillado por CPRE y debería considerarse como un estudio de primera línea en pacientes en este grupo de pacientes.⁴

El siguiente trabajo del grupo de Roma, Italia, presenta su experiencia con USE- ablación con láser en adenocarcinoma avanzado de páncreas, todos en estadio IIb y III. Siete pacientes con una media de edad de 71.4 años fueron sometidos a USE con ablación; se les realizaron estudios de

laboratorio y TC contrastada a las 24 horas y 7 y 30 días posteriores al procedimiento, midiendo el diámetro de la lesión tratada. No se registraron complicaciones durante o después del procedimiento, así como alteraciones en los laboratorios de control. Dos pacientes fallecieron a los días 21 y 30 por progresión de la enfermedad y paro cardiorrespiratorio. El resto de los pacientes continúan con vida (seguimiento de 1-8 meses). Los autores concluyen que el USE con ablación con láser en pacientes con adenocarcinoma de páncreas irreseccable es un tratamiento seguro y habrá que esperar más estudios para ver sus beneficios potenciales.⁵

El último trabajo que analizo y presento en este resumen es por demás interesante, pues habla de las nuevas fronteras en la estadificación del cáncer mediante la identificación de metástasis microscópicas en el ganglio celíaco (GC). Se trata de un estudio del grupo de la Clínica Mayo, que tiene el objetivo de demostrar que el USE con FNA del ganglio celíaco puede detectar tumores microscópicos y diseminación de la enfermedad, así como correlacionarlo con los hallazgos de imagen de métodos no invasivos como la TAC/RM.

Resultados

De los 191 pacientes de la base de datos a los que se les realizó USE-FNA del GC, en 36 pacientes se identificó metástasis del GC. Se dividió esta cohorte en dos: Aquellos con citología (+) y aquellos con una citología sospechosa para malignidad (nueve pacientes). El tumor primario fue de páncreas en 24 casos (22 de nuevo diagnóstico y dos recurrentes), en cinco casos, adenocarcinoma de esófago, y dos casos más con metástasis a páncreas. La extensión del GC fue de 14 más en promedio. El USE del GC en 16 casos modificó el estadiaje y cambió de enfermedad resecable a irreseccable en seis pacientes. Si comparamos estos resultados con TAC y RM, se observa que solamente en siete casos se reportaron ganglios en el tronco celíaco. Concluyen que el USE con FNA puede identificar de forma segura metástasis del GC de un espectro muy amplio de tumores malignos, impactando en el manejo futuro dado el cambio en la estadificación.⁶

Financiamiento

El autor no recibió financiamiento para elaborar este trabajo.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Tellez-Ávila F, Duarte-Medrano G, Gallardo V, et al. Diagnostic yield of endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration cytology of solid liver lesions in a single center gastrointestinal endoscopy. Sesión de carteles presentada en DDW; 2016, mayo 20-24. San Diego, CA: Mo 2025.
2. Torres-Ruiz M, De La Mora-Levy J, Alonso-Lárraga J, et al. Biliary drainage in malignant obstruction: A comparative study between EUS-guided vs percutaneous drainage in patients with failed ERCP. Sesión de carteles presentada en DDW; 2016, mayo 20-24. San Diego, CA; Su 1337.

3. Peracaula M, Abadia M, Dot J, et al. Clinical utility of endoscopy ultrasound elastography for the diagnosis of chronic pancreatitis. Sesión de carteles presentada en: DDW; 2016, mayo 20-24. San Diego, CA; Su 1325.
4. Dabizzi E, Petrone M, et al. Comparing EUS-FNA and ERCP-brushing in the diagnostic workout of suspected cholangiocarcinoma: A retrospective single-center analysis. Pancreato-biliary endoscopy and endosonography division. Sesión de carteles presentada en: DDW; 2016, mayo 20-24. San Diego, CA; Su 1300.
5. Di Matteo F, Saccomandi P, Pandolfi M, et al. EUS-guided Nd:YAG laser ablation of locally advanced pancreatic adenocarcinoma: Feasibility and safety study. Sesión Oral presentada en: DDW; 2016, mayo 20-24. San Diego, CA; 270.
6. Gara N, Wang K, Levy M, et al. New frontiers in cancer staging: Microscopic celiac ganglia metastases. Gastroenterology. Sesión oral presentada en: DDW; 2016, mayo 20-24. San Diego, CA; 425.