

Disección endoscópica submucosa (DES) vs. Resección endoscópica mucosa (REM) en Colombia. En defensa de la DES

John Ospina Nieto, MD, MSCC, MSCG, MSCED.¹

¹ Cirujano Gastrointestinal y Endoscopista Digestivo.
Coordinador Gastroenterología y Endoscopia
Hospital Cardiovascular el Niño de Cundinamarca
(Soacha)-UNESDI

Fecha recibido: 12-04-10
Fecha aceptado: 26-05-10

La alta incidencia de cáncer gástrico en países como Japón han llevado a la búsqueda continua del mejoramiento tecnológico para el diagnóstico temprano de esta entidad y el manejo mínimamente invasivo de estas lesiones, pues está claro que este diagnóstico temprano y tratamiento oportuno se relacionan con mejor pronóstico y mayor sobrevida (1, 2).

Dicho desarrollo tecnológico planteó la posibilidad, hasta hace algunos años fantasmiosa, de realizar resecciones endoscópicas de las neoplasias tempranas gástricas con tasas de curabilidad cercanas al “Patrón de oro” (la cirugía radical con vaciamiento ganglionar) (3). El tratamiento endoscópico o mínimamente invasivo del cáncer gástrico temprano se derivó entonces de la evidencia del bajo riesgo de invasión a ganglios linfáticos, la cual oscila entre el 0 y el 0,3% para lesiones intramucosas bien diferenciadas menores de 30 mm, del 0,4% para lesiones intramucosas bien diferenciadas ulceradas de cualquier tamaño y en el “peor” escenario es de hasta el 3,1% de compromiso ganglionar cuando hay invasión de la capa superior de la submucosa sm1 (11, 12). El desarrollo de accesorios de endoterapia permitió el nacimiento de la resección endoscópica mucosa (REM) y sus variantes, resección con asa de polipectomía, asa y pinza con endoscopio de doble canal (“Strip biopsy”), resección con Cap (REM-C), y resección con Cap y ligadura (REM-L), procedimientos seguros y efectivos para el tratamiento de pequeños cánceres tempranos cuando se practicaban con las indicaciones adecuadas (1, 4, 5, 13-15) (tabla 1). Sin embargo, y a pesar de la utilidad de la REM, en pequeñas lesiones tempranas aún faltaba por resolver endoscópicamente casos un poco más complejos por su tamaño y profundidad, lo que llevó a la búsqueda del mejoramiento de la técnica que además permitiera la extracción en una sola pieza de las lesiones (1, 6, 7). Este fue el punto de partida del desarrollo de los bisturís endoscópicos entre ellos el insulation-tipped diathermic knife (IT knife-Olympus) con el cual es posible no solo realizar resecciones mayores en extensión sino también en profundidad de manera segura y controlada permitiendo resecciones en una pieza hasta en el 98% de los casos en comparación con el 76% de la REM, además de tener entre sus resultados hasta un 93% de bordes libres de tumor en las resecciones y tasas de curabilidad cercanas al 97,2% equivalentes a las resecciones quirúrgicas con vaciamiento ganglionar pero con una morbilidad mucho menor y una mejor calidad de vida, al igual que un postoperatorio más corto (1, 7, 14).

Tabla 1. Indicaciones de resección endoscópica mucosa - REM.

Indicaciones de REM
Lesiones elevadas menores de 20 mm
Lesiones deprimidas menores de 10 mm
Tumores bien diferenciados
Ausencia de ulceración

Si bien los estudios orientales habían demostrado que las metástasis ganglionares eran del 3% en lesiones mucosas, la posibilidad de extracción en una pieza era poco probable con las técnicas hasta ese momento practicadas (REM), por lo cual se realizaban resecciones por fragmentos tipo Piece-meal en las lesiones de mayor tamaño, con las consecuencias que conocemos y que incluyen tasas de recurrencia neoplásica de hasta el 35% con la REM.

Se convirtió entonces la extracción en una pieza en el patrón ideal de disección del cáncer gastrointestinal temprano no solo por disminuir el riesgo de recidiva neoplásica sino porque permite evaluar y definir los bordes de sección lateral y profundos así como el compromiso linfático y vascular, importantes para predecir la curabilidad del tratamiento (1, 7, 8, 9, 12, 14).

De esa manera surgió una técnica mejor, producto de la “evolución de la REM y que permitía la disección submucosa de las lesiones; así quedaron establecidas claramente no solo las ventajas de la DES sobre la REM (14) que incluyen la disección de la submucosa bajo visión directa y la resección en una pieza de lesiones de mayor tamaño, sino también la amplitud de los criterios de resección endoscópica de las neoplasias tempranas (tabla 2) (1, 7, 9).

Tabla 2. Indicaciones de disección endoscópica submucosa - DES.

Indicaciones de DES
Adenocarcinoma bien o moderadamente diferenciado
Lesiones no ulceradas de cualquier tamaño
Lesiones ulceradas menores de 30 mm
Invasión hasta Sm1 en lesiones menores de 30 mm
Ausencia de signos de invasión a Sm 2

Comparar estas dos técnicas es entonces comparar dos momentos evolutivos de un mismo procedimiento, siendo la DES claramente mejor al superar los obstáculos que presentaba la REM. Al respecto de esta comparación se han realizado diferentes trabajos los cuales avalan las ventajas de la DES sobre la REM a pesar del mayor riesgo de hemorragia y perforación y del mayor tiempo operatorio de la primera técnica (14). La tabla 3 resume algunos aspectos comparativos de estas técnicas entre los cuales hay que resaltar una vez más la capacidad de la DES para realizar resecciones en bloque independiente del tamaño de la lesión, y la menor recurrencia local (1, 7, 10, 12, 14).

Tabla 3. Comparativo entre DES y REM.

	DES	REM
Tiempo de procedimiento	Largo	Corto
Disponibilidad en Colombia	Si	Si
Posibilidad de resección en bloque en lesiones mayores de 15 mm	Si	No
Útil en el manejo de la recidiva posterior a resección endoscópica REM	Si	No
Facilidad para la evaluación postoperatoria de los criterios histopatológicos	Muy buena	Regular
Recidiva neoplásica en lesiones mayores de 15 mm	Muy baja	Alta
Complicaciones (Hemorragia y perforación)	ii	i
Indicada en criterios ampliados de resección endoscópica	Si	No
Indicada en lesiones de tipo difuso menores de 10 mm	Si	No
Curva de aprendizaje	Mediana	Corta

Quizás la gran pregunta para algunos parte de si en Latinoamérica, y especialmente en Colombia, es viable practicar la DES y si existen los recursos para tal procedimiento.

La respuesta a esa pregunta para mi es clara, **Sí**, pues si bien dentro de las barreras que sufría la DES se encontraban la necesidad de una curva de aprendizaje más larga que la de la REM y la dificultad para adquirir los accesorios de endoterapia, estos problemas han sido resueltos progresivamente con la comercialización del IT-Knife 2 (Olympus) (12) y con la realización de talleres Hands-on y cursos que han permitido el entrenamiento de varios especialistas en Colombia así como en Latinoamérica en esta técnica, los cuales se encargarán de difundir el procedimiento para el beneficio de más pacientes, eso sí, con cautela y bajo el cumplimiento de unas estrictas etapas de formación que parten de mejorar el rendimiento diagnóstico de las lesiones tempranas, pasan por el aprendizaje de la técnica en modelo animal cadavérico, involucran posteriormente la práctica de la misma en modelo animal vivo antes de finalizar en el paciente.

Por último, el gran interrogante de los costos está claramente a favor de la DES, pues si bien los accesorios para este procedimiento son en promedio 3 veces más costosos que los requeridos para la REM son también entre tres y cinco veces menores que los costos de una gastrectomía sin mencionar las claras ventajas del manejo endoscópico en cuanto a calidad de vida, corta hospitalización, menor morbilidad y, obviamente, con los mismos resultados en sobrevida del manejo quirúrgico que, como se expuso, es el patrón de oro para la conducción del cáncer gástrico temprano y con el que se deben comparar todas las técnicas (1, 3-5).

En conclusión, la DES es una realidad y llegó para quedarse; si bien le permite un espacio pequeño a la REM a pesar de que esta técnica ya ha sido abandonada por los grandes centros y los grupos japoneses, en nuestro medio no está condenada a desaparecer; simplemente se limita a las lesiones bien diferenciadas, elevadas y menores de 15 mm. La disección endoscópica submucosa se convierte entonces en el manejo ideal endoscópico de las lesiones tempranas gastrointestinales, y aunque requiere una curva de aprendizaje mayor y más juiciosa, es claramente una técnica efectiva, segura (en manos expertas) y con grandes ventajas sobre la REM, además de haber sido probada con muy buenos resultados en nuestro país.

REFERENCIAS

1. Gotoda T. Endoscopic Diagnosis and treatment for early gastric cancer. *Cancer Reviews: Asia- Pacific* 2004; 2(1): 17-37.
2. Everett SM, Axon ATR. Early gastric cancer: disease or pseudodisease. *Lancet* 1998; 351: 1350-1352.
3. Maruyama K, Okabayashi K, Kinoshita T. Progress in gastric cancer surgery in Japan and its limits of radicality. *World J Surg* 1987; 11: 418-425.
4. Hirao M, Masuda K, Ananuma T. Endoscopic resection of early gastric cancer and other tumors with local injection of hypertonic saline epinephrine. *Gastrointest Endosc* 1988; 34: 264-269.
5. Rembacken BJ, Gotoda T, Fujii T, et al. Endoscopic mucosal resection. *Endoscopy* 2001; 33: 709-718.
6. Eguchi T, Gotoda T, Oda I, et al. Is endoscopic one piece mucosal resection essential for early gastric cancer? *Dig endosc* 2003; 15: 113-116.
7. Oda I, Gotoda T, Hamanaka H, Eguchi T, Saito Y, Matsuda T, et al. Endoscopic submucosal dissection for early gastric cancer: technical feasibility, operation time and complications from a large consecutive series. *Digestive endoscopy* 2005; 17: 54-58.
8. Yokoi Ch, Gotoda T, Oda I. Endoscopic submucosal dissection allows curative resection of locally recurrent early gastric cancer after prior Endoscopic mucosal Resection. *Gastrointest Endosc* 2006; 64(2): 212-8.
9. Hiki Y. Endoscopic Mucosal resection (EMR) for early gastric cancer. *Japan J Surg* 1996; 97: 273-278.
10. Emura F, Santacoloma M, Oda I. Diagnóstico y tratamiento del cáncer gástrico temprano. *Temas escogidos en endoscopia digestiva*. 1 ed. 2010. p. 45- 60.
11. Gotoda T, sasakoM, OmoH, et al. Evaluation of the necessity for gastrectomy with lymph node dissection for patients with submucosal invasive gastric cancer. *Br J Surg* 2001; 88: 444-9.
12. Emura F, Oda I. Diagnóstico y tratamiento endoscópico del cáncer gástrico estado 0. ¿Qué hacer para que aumente más? *Rev Col Gastroenterol* 2009; 24.
13. Tada M, Murakami A, Karita M, et al. Endoscopic resection for early gastric cancer. *Endoscopy* 1993; 25: 445-51.
14. Oka SH, Tanaka SH, Kaneko I, et al. Advantage of endoscopic submucosal dissection compared with EMR for early gastric cancer. *GIE* 2006; 64: 877-83.
15. Gómez M, Otero W, Arbeláez V. Tratamiento endoscópico de cáncer gástrico temprano en Colombia con seguimiento a cinco años. *Rev Col Gastroenterol* 2009; 24(4): 347-51.