

Ultrasonido endoscópico en enfermedades del tracto digestivo superior: ¿qué dice la evidencia treinta años después?

Endoscopic ultrasound of the upper gastrointestinal tract. What does the evidence say thirty years later?

Rómulo Darío Vargas, MD.¹

¹ Gastroenterólogo. Hospital Universitario de San Ignacio, Servicio de Gastroenterología. Bogotá, Colombia

Fecha recibido: 16-08-13

Fecha aceptado: 23-08-13

El papel del ultrasonido endoscópico en el abordaje de un espectro de enfermedades del TGI alto es creciente, en particular en el área de los tumores, pero también en patología benigna; en el presente número, dos excelentes artículos muestran la aplicación del ultrasonido endoscópico a problemas clínicos frecuentes (1, 2). Es interesante contrastar las indicaciones clínicas rutinarias con el impacto real de la técnica, con base en la evidencia científica, pues en más de un caso se pueden encontrar disparidades notorias. Muchas de las afirmaciones de consensos o recomendaciones por asociaciones científicas han sido objeto posterior de análisis a la luz de estudios de alta calidad, pero también es cierto que algunas indicaciones sobre el ultrasonido endoscópico en patología digestiva alta aún no tienen un adecuado nivel de evidencia. En la última década ha sido evidente en la literatura un interés en evaluar sistemáticamente el impacto del ultrasonido endoscópico en este grupo de enfermedades.

En patología benigna, las cuatro indicaciones más aceptadas en el TGI superior son el estudio de las compresiones extrínsecas/tumores subepiteliales, el engrosamiento de la pared gástrica, la enfermedad litiasica y la pancreatitis crónica. La endoscopia convencional está limitada para confirmar o descartar que haya una verdadera compresión extrínseca y determinar su origen. Está recomendada desde hace mucho tiempo la utilización del ultrasonido endoscópico para este fin y evidencia reciente soporta su uso (3), con especificidad muy alta e iguales comentarios pueden hacerse respecto de los pliegues gástricos engrosados.

¿El ultrasonido endoscópico cambia el manejo de las lesiones subepiteliales encontradas en la endoscopia digestiva superior? La capacidad del ultrasonido endoscópico para determinar la capa de origen es alta pero el diagnóstico específico con base en criterios sonográficos es pobre, llegando solo a 46% (4). La historia natural de las lesiones menores a 2 cm parece ser benigna pero no están suficientemente estudiados los intervalos de seguimiento. La determinación del tipo histológico por aspiración con aguja fina bajo UE tiene un rendimiento variable, que no mejora con agujas tru-cut y por tanto solo se recomienda, con evidencia limitada y por opinión de experto, puncionar la lesiones sospechosas de GIST irreseccable, las sospechas de metástasis y de linfoma (5). Recientemente, cuatro trabajos (5-7) sí apoyan la ACAF para el diagnóstico específico de las lesiones subepiteliales independientemente de la sospecha diagnóstica (excluyendo los lipomas), mejorando los rendimientos diagnósticos de 60% a 85% con el uso del múltiples pases o incidiendo la mucosas para exponer la lesión. Estos resultados sugieren que se podría llegar a un diagnóstico específico en la mayoría de pacientes y por tanto definir la intervención o la necesidad de seguimiento.

REFERENCIAS

1. Gómez-Zuleta MA. Manejo endoscópico de los pseudoquistes pancreáticos. *Rev Col Gastroenterol* 2013; 28(3): 183-190.
2. Cañadas R, Aponte DM, Albis R, Sabbagh LC. Utilidad del ultrasonido endoscópico en el diagnóstico de pancreatitis crónica, "la importancia de un diagnóstico temprano". *Rev Col Gastroenterol* 2013; 28(3): 224-232.
3. Ardengh, José Celso, et al. Upper endoscopy versus endosonography in differential diagnosis of gastrointestinal bulging. *Arq Gastroenterol* [online] 2011; 48(4): 236-241.
4. Karaca C, Turner BG, Cizginer SS, et al. Accuracy of EUS in the evaluation of small gastric subepithelial lesions. *Gastrointest Endosc* 2010; 71: 722-727.
5. Çağlar E, Hatemi I, Atasoy D, Şişman G, Sentürk H. Concordance of endoscopic ultrasonography-guided fine needle aspiration diagnosis with the final diagnosis in subepithelial lesions. *Clin Endosc* 2013; 46(4): 379-83.
6. Rong L, Kida M, Yamauchi H, Okuwaki K, Miyazawa S, Iwai T, Kikuchi H, Watanabe M, Imaizumi H, Koizumi W. Factors affecting the diagnostic accuracy of endoscopic ultrasonography-guided fine-needle aspiration (EUS-FNA) for upper gastrointestinal submucosal or extraluminal solid mass lesions. *Dig Endosc* 2012; 24(5): 358-63.
7. De la Serna C, Diez-Redondo D, Peñas I, et al. Diagnostic yield and safety of EUS-guided single-incision needle knife biopsy for cyto-histological tissue diagnosis in upper gastrointestinal subepithelial lesions. (Abs.). *Gastrointes Endosc* 2013; 77: AB142.