

Es útil el ultrasonido endoscópico en las lesiones neuroendocrinas del páncreas. ¿Podemos ver y biopsiar lesiones pequeñas?

Leonardo Sosa-Valencia

CITE Centro de Ecoendoscopia Nacional, Caracas, Venezuela.

Presidente de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología 2012-2014

Editor Asociado de la Revista GEN 2012-14.

La incidencia del carcinoma del páncreas ha experimentado un incremento significativo en las últimas décadas. Las mejoras en la tecnología de imágenes, que incluyen la endosonografía endoscópica sirven de mucha ayuda en el diagnóstico y la identificación de pacientes con enfermedades no tratables o con carcinoma precoz. Existe una serie de poblaciones en riesgo que podrían beneficiarse de protocolos de detección precoz. Entre ellos se encuentran los sujetos con antecedentes familiares de cáncer de páncreas, los pacientes con pancreatitis crónica, o algunos sujetos con diabetes mellitus de aparición brusca.¹

El ultrasonido endoscópico (USE) o ecoendoscopia representa una de las herramientas diagnósticas que se ha introducido más al campo de la endoscopia, debido a los avances tecnológicos y a su utilidad en la práctica clínica.² La ultrasonografía endoscópica (USE) es la exploración más adecuada para la detección de tumores pequeños del páncreas, menores de 3 cm de diámetro. Su sensibilidad diagnóstica es superior a otros métodos de imagen. En los distintos estudios publicados, la sensibilidad del USE en el diagnóstico del cáncer de páncreas es superior al 90%, comparado con una sensibilidad no superior al 60% para la TAC. Esta diferencia es más efectiva en tumores de pequeño tamaño.³ La especificidad del USE puede ser aún incrementada mediante la realización de biopsia guiada. El USE no es capaz de diferenciar correctamente entre lesiones focales de tipo inflamatorio (ejemplo: en pancreatitis crónica) y tumoral. Por este motivo, la mayoría de los autores consideran necesario confirmar el diagnóstico de malignidad (citología o histología) antes de indicar un algún tratamiento quirúrgico.

La biopsia guiada por USE es el procedimiento menos agresivo de punción pancreática, con tan sólo un 1% de complicaciones menores.⁴ Por otra parte, y quizás aún más importante, la ruta transgástrica o transduodenal de punción disminuye marcadamente el riesgo de difusión de células tumorales descrita con la punción percutánea.

Hoy por hoy, la punción guiada por USE es particularmente importante en la obtención de un diagnóstico de certeza ante la evaluación de distintos protocolos de tratamiento en tumores resecables.⁵ Según la OMS dentro de la clasificación de los tumores exocrinos malignos de páncreas tenemos el adenocarcinoma ductal que es el más frecuente con sus variedades mucinosa y papilar, entre otros.⁶ La endosonografía tiene grandes ventajas

en lesiones pancreáticas, permite identificar lesiones murales con bastante especificidad; se puede obtener muestras de líquido, mucina y muestras histológicas y esto hace que supere a los métodos por imágenes convencionales.^{7,8} El USE presenta una alta sensibilidad en la identificación de tumores pancreáticos (mayor del 90%). Los falsos negativos están en relación con la asociación de pancreatitis crónica, la infiltración difusa del carcinoma y un episodio reciente de pancreatitis aguda en las 4 semanas previas.^{9,10}

En este número de la revista Gen aparece el siguiente artículo titulado: ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO EN TUMORES NEUROENDOCRINOS DE PÁNCREAS. El ultrasonido endoscópico (USE) tiene un importante rol en la evaluación de los tumores sólidos del páncreas, siendo el más frecuente el adenocarcinoma. En los tumores neuroendocrinos (T.N.E) permite su localización y caracterización aún en aquellos menores de 2 cm. En este estudio retrospectivo y descriptivo, se evaluaron entre 2008-2012, mediante ultrasonido endoscópico, 140 pacientes con diagnóstico de tumores sólidos del páncreas, de los cuales 5 pacientes (3,57%) se diagnosticaron como tumores neuroendocrinos, de éstos, cuatro resultaron insulinosomas funcionantes y 1 no funcionante. 4 pacientes eran del sexo femenino y 1 masculino y la edad promedio fue de 58,4 años. La punción aspiración con aguja fina (PAAF) fue positiva en 4 casos para insulinosoma y el otro positivo para carcinoide, de los 4 pacientes con insulinosomas, 3 fueron tratados quirúrgicamente, y una falleció por hipoglicemia severa antes de la cirugía y el quinto se encuentra en observación. Concluyéndose que en los pacientes con sospecha de tumor neuroendocrino del páncreas el ultrasonido endoscópico y la punción con aguja fina (PAAF) permiten aún en los casos de lesiones menores de 2 cm su adecuada caracterización y localización con confirmación histológica previo a la decisión terapéutica, lo que facilita la adecuada orientación y planificación del cirujano.

Nosotros tuvimos la oportunidad de presentar en el Congreso Venezolano de Gastroenterología en el año 2011 un trabajo de 179 PAAF de páncreas guiadas por EUS con edad promedio era 59,39 años (DS=16,53) 55% (n=98) masculino / 45% (n=81) femenino con abordaje: transduodenal 52% (n=93) / transgástrico 48% (n=86) y agujas 22G 83% (n=148) / agujas 25G 17% (n=31), número de pases promedio 2,51 pases, rango 1-6 pases. No hubo asistencia por citopatólogo en 6% de los pacientes (n=10). Se reportó resultado preliminar en 95% (n=161). Se obtuvo un resultado citohistológico definitivo en 93% (n=174) y

entre los hallazgos obtuvimos 68% (n=122), lesión neoproliferativa con 10% de lesiones neuroendocrinas 7% (n=13) lesiones quísticas 22% (n=39) patologías inflamatoria ver **Figura 1**.

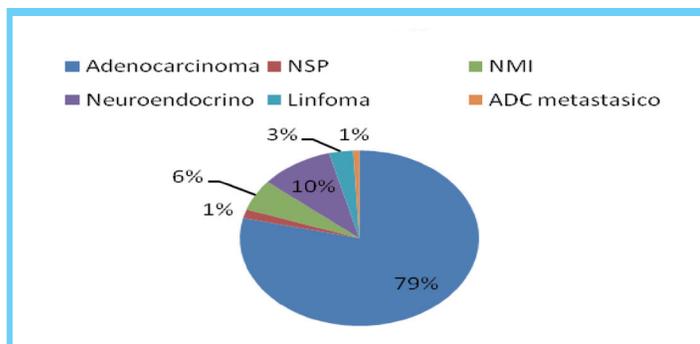


Figura 1 Tipo de lesiones neoproliferativas encontradas

La PAAF es una excelente herramienta para obtener de forma poco invasiva la citohistología del páncreas y con un buen intervalo de coincidencia entre el diagnóstico inicial y final si tenemos citopatólogo en la sala.

Anteriormente en la revista Revista GEN 2007¹¹ publicamos un estudio retrospectivo realizado entre enero de 1999 y diciembre de 2005, donde se realizó una ecoendoscopia superior. Se evaluaron: edad, sexo, indicación del estudio, diagnóstico de la ecoendoscopia, sugerencia y seguimiento. Analizamos 27 pacientes que presentaron el diagnóstico de tumores neuroendocrinos, con edades comprendidas entre los 9 y 80 años, con un promedio de 46 y 18 años, distribuidos casi equitativamente entre los géneros de sexo con un 56% masculino y 44% femenino. En total, el 52% de los pacientes mostró alteraciones de las pruebas de laboratorio. El tamaño de los TNE descritos es variable (p-valor de Kolmogorov > 0.05), con porcentajes de 63% para los pacientes con tumores mayores de 20 mm, y 37% para los pacientes con tumores menores de 20 mm. Los pacientes con diagnóstico preciso de insulinoma o gastrinoma fueron localizados en cabeza del páncreas en un 63% y 50% respectivamente. El tipo de TNE más frecuente fue el insulinoma (8 casos, 30%), el doble de la incidencia de los gastrinomas (15%). 12 casos (44%) fueron clasificados como TNE sin un origen definido ya que estos pacientes presentaban una imagen sonográfica sugestiva de lesión endocrina.

Es importante señalar que en el grupo de pacientes con tumores neuroendocrinos existen lesiones que podrían ser consideradas benignas y lesiones malignas ya transformadas en verdaderos carcinomas neuroendocrinos con metástasis ganglionares y hepáticas, igualmente un grupo de estas lesiones puede no tener metástasis pero estar localmente avanzadas al momento del diagnóstico y ser completamente irreseccables, en general, por invasión del final de la arteria celíaca y del comienzo de las arterias hepática y esplénica. Esto podría explicar la baja incidencia de lesiones neuroendocrinas en el trabajo publicado. Es importante señalar que el uso de la inmunohistoquímica es fundamental en el diagnóstico de estas lesiones al realizar la PAAF para evitar los falsos positivos que ocurren por contaminación de la aguja con células provenientes de la pared

gástrica o por la misma presencia de células neuroendocrinas en páncreas normal.

Los tumores neuroendocrinos, constituyen un grupo heterogéneo de neoplasias que se origina de una población de células con un fenotipo neuroendocrino como precursor común. Estos tumores son raros, tienen una prevalencia de 1/100.000, la ecoendoscopia ofrece una condición ideal en cuanto a la localización y estadiaje de los tumores neuroendocrinos del tracto gastrointestinal.¹¹

Referencias bibliográficas

1. Kahl Stefan, Glasbrenner Bernhard, Zimmwermann Sandra. Endoscopic Ultrasound in pancreatic diseases. *Digestive Diseases* 2002;20:120-126.
2. Greenlee RT, Murray T, Bolden S, et al: Cancer Statistics; 2000. *CA Cancer J Clin* 2000;50(1):7-33.
3. Midwinter MJ, Beveridge CJ, Wilsdon JB, Benett MK, Baudoin CJ, Charnley RM. Correlation between spiral computed tomography, endoscopic ultrasonography and findings at operation in pancreatic and ampullary tumors. *Br J Surg* 1999;86:189-93.
4. Wiersema M, Vilmann P, Giovannini M, Chang KJ. Endosonography-guided fine needle aspiration biopsy: diagnosis accuracy and complication assessment. *Gastroenterology* 1997;112:1087-95.
5. T Wakatsuki, Irisawa A, Bhutani MS et al. Estudio comparativo de valor diagnóstico de la citología de muestreo por aspiración con aguja fina endoscópica guiada por ecografía y que por pancreatografía retrógrada endoscópica para el manejo de la masa pancreática sin estenosis biliar. *J Gastroenterol. Hepatol.* 2005;11:1707-1711.
6. Hamilton S.R. Aaltonen L.A: World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Tumours of the Digestive System. IARC Press: Lyon 2000.
7. Vázquez Sequeiros. Eco endoscopia en el diagnóstico de enfermedades del páncreas. *Revista de la ACAD*, 2008, Vol. XXIV n° 3 (72-74).
8. Fisher León, Segarajasingam Dev. Shankar, Colin Stewart DeBoer W Bastiaan, Yusoff Fuad Ian. El ultrasonido endoscópico, aspiración con aguja fina guiada de lesión sólida pancreáticas: El rendimiento y los resultados. *J Gastroenterol Hepatol.* 2009.
9. Legman P, Vignaux O, Dousset B, Baraza A, Palazzo L, Dumontier I et al. Pancreatic tumors: comparison of dual-phase Helical CT and endoscopic sonography. *AJR* 1998; 170:1315-1322.
10. DeWitt J, Devereaux B, Chriswell M, McGreevy K, Howard T, Imperiale T et al. Comparison of endoscopic ultrasonography and multidetector computed tomography for detecting and staging pancreatic cancer. *Ann Intern Med* 2004;141:753-763.
11. La ecoendoscopia en la detección de los tumores neuroendocrinos pancreáticos: Nuestra experiencia Sosa-Valencia Leonardo, Wever L Wallia J, Delgado Francis, Galvis Elymir, Bethelmy Alejandro *Revista GEN* 2007;61(3):192-195.

Caracas 3 de febrero de 2013

Correo: Isosavalencia@gmail.com