

# Disección Submucosal Endoscópica

Dr. Jacobo Dib Jr.

Hospital de Lidice. dib.j@hotmail.com

La Disección Submucosal Endoscópica (DSE) fue desarrollada originalmente en Japón con el propósito de reseca completamente y en un solo bloque, el carcinoma gástrico precoz, con baja probabilidad de metástasis ganglionar. Poco a poco se fue expandiendo anatómicamente a otros órganos como el esófago y colon. Geográficamente se expandió de Japón a occidente, donde cada vez va ganando más adeptos. La DSE tiene sus ventajas y desventajas, sobre todo cuando la comparamos con la Resección Mucosal Endoscópica (RME). La DSE permite la resección en bloque de lesiones mayores de 2 cms de diámetro, con una consiguiente baja tasa de recidiva. La RME se limita a lesiones menores de 2 cms, más allá de esa medida las resecciones se hacen de manera fragmentaria (piecemeal) con una alta tasa de recidiva. Mayores tasas de sangramiento y otras complicaciones como la perforación son más frecuentes en la DSE. El grado de entrenamiento requerido en la DSE es largo y no deja de pasar por el adiestramiento en modelos animales. Así mismo, el procedimiento per se es mucho más prolongado en una DSE que en una RME. Vamos a hacer consideraciones por órganos.

**Esófago.** El esófago de Barrett (EB) con displasia de alto grado con o sin adenocarcinoma precoz y en carcinoma epidermoide limitado a la mucosa, puede researse tanto con RME como con DSE, dependiendo siempre del diámetro de la lesión. En esófago el uso de la DSE trae como consecuencia mayores tasas de estenosis. En EB con ADC hasta sm1 (500  $\mu$ m) debe realizarse preferiblemente DSE. En carcinoma epidermoide la lesión debe confinarse solo hasta la mucosa.

**Estómago.** En estómago podemos hablar de resección de cáncer gástrico precoz a aquel limitado a la mucosa y sm 1, utilizando la DSE. Es el órgano con paredes más gruesas y, siguiendo la curva de aprendizaje, debe ser donde comencemos nuestra experiencia con pacientes.

Por ejemplo, en esófago tenemos el Restech (R) que puede medir el pH aerolizado y líquido y es utilizado en pacientes con reflujo faringolaríngeo; el monitoreo de pH esófago de 24 horas con impedancia intraluminal multicanal en la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) que puede medir reflujos ácidos débiles y alcalinos débiles; la impedancia mucosal esofágica

como marcador de reflujo crónico diferenciando ERGE erosivo de no erosivo.

**Colon y recto.** Las lesiones deben clasificarse de acuerdo a Paris, incluyendo la presencia de LST, esto, más la utilización de patrones mucosales (pit) y vasculares (cromoendoscopia y magnificación), puede revelarnos con buena precisión el grado de invasión de la lesión, así como la posible presencia o no de ganglios. Consideramos a una lesión reseca cuando tenemos márgenes laterales libres de tumor y cuando esta no llega más allá de sm1 en profundidad, siendo sm1 en colon y recto 1.000  $\mu$ m. Son indicaciones de DSE: LST-NG, Lesiones con patrón mucosal V, carcinoma con infiltración submucosal (sm1), lesiones de gran diámetro y deprimidas y lesiones de gran diámetro, elevadas con sospecha de cáncer. Así mismo, lesiones mucosales con fibrosis por biopsias previas.

La DSE ofrece pues, ventajas sobre la RME, pero sobre todo sobre la cirugía, siendo menos invasiva que esta, ofreciendo una preservación completa del órgano. El estadiaje de la neoplasia y su extensión en profundidad son los parámetros más importantes para predecir invasión ganglionar. La DSE llegó a Venezuela. Llegó para quedarse? Pareciera que sí, sin embargo no todos los endoscopistas lucen dispuestos a dedicarle el tiempo que conlleva dominar esta técnica.

El avance tecnológico y la bioingeniería crecen a pasos agigantados esperando probar su utilidad.

La Neurogastroenterología, una recién nacida ciencia, estudia todos estos factores fisiopatogénicos y como demostrarlos, las manifestaciones clínicas, la epidemiología, las implicaciones psicosociales y el tratamiento de los mismos.

## Referencias Bibliográficas

1. Fernández-Esparrach G, Calderón A, De la Peña J, et al. Endoscopic submucosal dissection. Sociedad Española de Endoscopia Digestiva (SEED) clinical guideline. *Endoscopy* 2014; 46: 361–370.
2. Kothari S, Kaul V. Endoscopic Mucosal Resection and Endoscopic Submucosal Dissection for Endoscopic Therapy of Barrett's Esophagus-related Neoplasia. *Gastroenterol Clin North Am.* 2015;44(2):317-35.
3. Neuhaus H. ESD around the world: Europe. *Gastrointest Endosc Clin N Am.* 2014;24(2):295-311.

