

PLIEGUES GRUESOS GÁSTRICOS, ¿ES ÚTIL LA ECOENDOSCOPIA? ECOENDOSCOPIA DE LA LINITIS PLÁSTICA, MALTOMA GÁSTRICO, LINFOMA GÁSTRICO

Dr. Leonardo Sosa Valencia
Gastroenterólogo- Ecoendoscopista. CITÉ, Centro de Ecoendoscopia, Caracas - Valencia

El objetivo de esta conferencia es poder conocer y evaluar en forma práctica la utilidad de la Ecoendoscopia digestiva en el manejo de los pacientes con pliegues gástricos gruesos (PGG), con especial énfasis en la linitis plástica. Además comprender la aplicación de la biopsia realizada por ecoendoscopia que nos permite obtener citología de la pared y de los ganglios linfáticos metastásicos. Esta conferencia no busca recargarlos de información pesada de la literatura, sino ofrecer los aspectos de la práctica real y continúa en una unidad de endosonografía de alto volumen de pacientes.

La Ecoendoscopia (EE) es decir el Ultrasonido Endoscópico (USE) apareció en el mundo de la medicina hace 24 años y ha evolucionado rápidamente en países como Francia, Japón, Estados Unidos, Alemania y los Países Bajos entre otros permitiendo un desarrollo progresivo de los equipos y de las indicaciones en las diferentes patologías, inicialmente del dominio de la gastroenterología y la cirugía general, y más recientemente de otras especialidades como oncología, neumonología, medicina interna y endocrinología. Su crecimiento, por diversas razones, ha sido más lento en otros países, existiendo algunos centros que practican esta exploración como parte del control rutinario de las afecciones que los requieren. En Venezuela se introdujo a partir de 1997, se han practicado más de 10000 estudios existiendo 8 centros instalados que ofrecen esta novedosa tecnología.

El espesor de la pared del tubo digestivo y el ambiente peridigestivo inmediato no pueden ser estudiados correctamente por la endoscopia ni por otros métodos de diagnóstico por la imagen tales como la ecografía clásica, la tomografía helicoidal y la resonancia magnética. La llegada de la ecoendoscopia constituye un progreso decisivo en la exploración de estas estructuras. Esta utiliza un transductor de ecografía multifrecuencial colocado en el extremo distal de un videoecoendoscopio flexible de menos de 11 mm de diámetro. La ecoendosco-

pia se traduce en un método con fines diagnósticos de una escala superior a la de los otros métodos de diagnóstico por imagen y es por esta razón permite aclarar dudas en la gran mayoría de los casos.

El doctor Kochman ML y colaboradores de la Universidad de Pensilvania publicaron en Clin Gastroenterol Hepatol. 2004; 2(12):1069-73, "Clinical impact of endoscopic ultrasonography on the management of malignancies", aquí evaluaron el impacto de la EE en el manejo de enfermedades malignas conocidas o sospechadas en el momento del estudio. 90 Médicos opinaron antes y después de la EE en relación al manejo de los pacientes en base a su enfermedad y se concluyó que en el 51% de los pacientes el plan terapéutico varío hacia una mejor solución al problema al involucrar un manejo menos complejo y de menor riesgo en un 70% de ellos con un suspensión de un acto quirúrgico invasivo en uno de cada 3 de estos pacientes.

Los PGG son una entidad endoscópica evaluada por todos los gastroenterólogos en su proceso de formación. Los PGG generalmente corresponden a un origen maligno o a un origen benigno. Las causas benignas son las más frecuentes y son: gastropatía ácido-bilio-péptica, infiltrativas, infecciosas e inmunológicas en donde se incluyen diferentes tipos de gastritis globales o parciales que no corresponden al motivo de esta revisión. En estos casos la ecoendoscopia muestra una pared de grosor normal sin proporcionar beneficios en la evaluación de la enfermedad benigna, sin embargo en un grupo seleccionado de pacientes existe un aumento del grosor de la capa mucosa en forma aislada conservándose el grosor normal no mayor de 1 mm de las otras capas como la submucosa, la muscular propia y la serosa. En algunas ocasiones se observan adenomegalias peri gástricas no mayores de 6-5 mm con características sonográficas de benignidad. En este grupo de pacientes pueden existir biopsias endoscópicas convencionales que reportan cambios del epitelio de tipo premaligno

o displásicos, es este grupo de pacientes donde un ecoendoscopia podría contribuir a evaluar la submucosa con el fin de poder orientar la terapéutica endoscópica para poder realizar una mucosectomía de la zona mucosal en cuestión.

Los PGG de origen maligno están relacionados con dos entidades clásicas: la primera la infiltración difusa focalizada o total del estómago en sus capas profundas la submucosa y la muscular propia de células malignas de origen epitelial (adenocarcinoma) indiferenciadas con células en anillo de sello en algunas ocasiones o mejor conocida como la linitis plástica del estómago. En segundo caso con el linfoma gástrico y con el maltoma caracterizados por la infiltración difusa focalizada o total del estómago de células linfoepiteliales malignas en la submucosa y la muscular propia, presentando en algunos casos también la infiltración de la mucosa.

En la linitis plástica inicialmente su diagnóstico se evocaba en un paciente con pérdida de peso severa y vómitos a líquidos y posteriormente a sólidos con una sensación de saciedad temprana post prandial con o sin distensión abdominal severa. La radiología simple de abdomen con ambos hemitórax inferiores demostraba una cámara gástrica de aire reducido y alterado o por el contrario signos de obstrucción antral con un estómago de retención, todo dependiendo del nivel de la lesión inicial. La radiología de doble contraste nos proporcionaba una imagen de estómago en reloj de arena o un estómago tubular, rígido con un peristaltismo alterado. El diagnóstico de linitis era fácil sin embargo estos métodos no permitían la estadificación de la lesión tumoral de acuerdo a la clasificación oncológica de TNM no permitiendo la conclusión referente al pronóstico y a lo avanzado de la enfermedad.

Posteriormente en la era de la endoscopia el diagnóstico de linitis pareciera ser más fácil pero en realidad puede pasar desapercibida en sus fases iniciales e intermedias; el objetivo de esta revisión endoscópica y sonográfica del problema es evaluar en profundidad la extensión del cáncer y también permitir realizar un diagnóstico a tiempo de la enfermedad de los pliegues gruesos malignos de peor mortalidad, la linitis plástica. La ecografía convencional y la tomografía helicoidal son capaces de identificar el engrosamiento de la pared digestiva sin embargo con una baja especificidad y con falsos positivos al observar pliegues gruesos por defectos del llenado gástrico durante el estudio.

¿Puede el ultrasonido endoscópico (USE) mejorar estas diferentes limitaciones?

La ecoendoscopia es una técnica que logra colocar en el estómago un dispositivo de ecografía de frecuencia variable que permite evaluar las capas de la pared del estómago relacionándolas en forma exacta con su equivalente histológico, es decir identifica claramente a la capa mucosa en dos líneas ecográficas que muestran su parte superficial y profunda, hiperecogénica e hipoeecogénica respectivamente, ubica la submucosa en una capa hiperecogénica fina y la muscular propia en otra capa hipoeecogénica fina, logrando

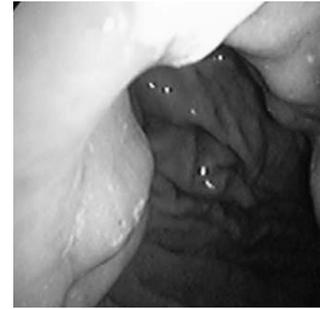
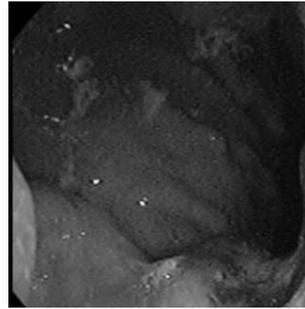
evaluar el compromiso de la transcavidad de los epiplones, del páncreas, del hígado y de los pilares del diafragma, todas estructuras importantes a la hora de la clasificación tumoral. También muestra una clara definición de las adenomegalias peri gástrica con una sensibilidad superior al 90%, logrando una especificidad para malignidad del 70% que puede mejorar a más de un 85% con el uso de la punción con aguja fina de los ganglios linfáticos sospechosos para malignidad. La linitis plástica puede presentarse como una lesión tipo T2NO susceptible de un tratamiento quirúrgico y posterior adyuvancia oncológica, sin embargo existen pacientes que presentan estadios más avanzados con invasión de la arteria hepática, de la transcavidad de los epiplones o con adenomegalias retrogástricas en la arteria celíaca que no se benefician en términos de pronóstico de una cirugía radical por traducirse en resultados R1 en donde el paciente no queda libre de enfermedad tumoral y por ende su pronóstico no es mejorado por el acto quirúrgico, sino todo lo contrario el paciente puede padecer de las complicaciones de la cirugía y además no va a responder igual a un tratamiento adyuvante oncológico si ya ha sido sometido a una cirugía previa. En algunos casos la cirugía es utilizada para resolver la obstrucción gástrica producida por el tumor más que con fines curativos.

La biopsia gástrica convencional logra muestras de la mucosa solamente, las cucharillas de las pinzas endoscópicas obtienen muestras de 2 mm que no profundizan en la submucosa y mucho menos en la muscular propia. Los gastroenterólogos hemos tratado de realizar técnica de biopsia sobre biopsia, o utilizar pinzas de cucharillas de mayor tamaño sin lograr un beneficio verdadero o por lo menos demostrado por trabajos prospectivos. Los pacientes con PGG pueden ser portadores de una enfermedad benigna como sucede en la mayoría de los casos, sin embargo la linitis plástica tiene formas iniciales de presentación donde es difícil poder establecer un diagnóstico diferencial con una gastropatía inflamatoria o infiltrativa benigna como la sarcoidosis o la tuberculosis gástrica, esto se traduce en un retraso en el diagnóstico que en algunos casos puede ser de 2 años, lo cual en una enfermedad maligna con un adenocarcinoma tipo difuso con células en anillo de sello es prohibitivo. La ecoendoscopia produce imágenes nítidas de la pared digestiva gástrica y permite casi en forma inequívoca diagnosticar la linitis al observar un engrosamiento de la mucosa con o sin la muscular propia respetando la integridad de cada capa, donde las capas no se rompen ni se fusionan, si no que engruesan en forma independiente y progresiva. Esta claro que al obtener la imagen sonográfica de la pared por ecoendoscopia con un diagnóstico presuntivo de linitis plástica es importante obtener la comprobación histológica, y es gracias a la ecoendoscopia que podremos orientarnos hacia la toma de biopsias por técnica de mucosectomía o hacia la toma de muestras de ganglios linfáticos por punción con aguja fina guiada por ecoendoscopia que permitan obtener células malignas que confirmen el diagnóstico y no continuar tratando con IBP a un paciente con linitis debido a los continuos informes de nuestro patólogo de gastritis crónica y *Helicobacter pylori*.

El linfoma gástrico y el maltoma son enfermedades de difícil diagnóstico histológico por razones similares a las descritas anteriormente. En los casos de biopsias convencionales positivas la ecoendoscopia busca clasificar la lesión para poder decidir una conducta terapéutica definitiva, cirugía o quimioterapia. Inclusive en los casos de malto-

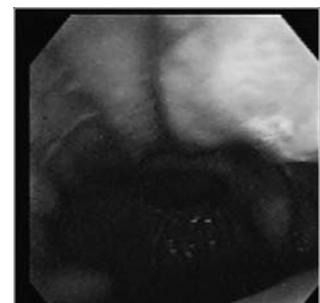
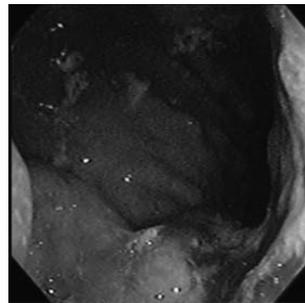
ma de células pequeñas se han utilizado varios antibióticos contra el *Helicobacter pylori* como único tratamiento. Más aún, la ecoendoscopia permite el seguimiento de estos pacientes para poder determinar una recidiva en forma temprana y oportuna que permita reiniciar una terapéutica adecuada.

La ecoendoscopia ha demostrado su utilidad en los PGG para poder separar a los pacientes con lesiones malignas que requieren tratamientos diferentes y logra apoyar al gastroenterólogo en el diagnóstico de la linitis plástica en forma temprana a l igual que el linfoma gástrico, permitiendo el seguimiento oncológico de estos pacientes.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Gastric tuberculosis presenting as linitis plastica: a case report and review of the literature. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2006; 18(3):299-303 [ISSN: 0954-691X] Talukdar R; Khanna S; Saikia N; Vij JC Pushpawati Singhania Research Institute, New Delhi, India. rup_talukdar@yahoo.com.
- 2.- Gastric and colonic sarcoidosis. A case report. *Tunis Med.* 2003; 81(11):902-6 [ISSN: 0041-4131] Kchaou Ouakaa A; Kochlef A; Kilani A; Kharrat J; Romani M; Gargouri D; Belhadj N; Ghorbel A; Khayat O; Ben Ayed M
- 3.- Epidemiology and long term survival of gastric carcinoma in the French district of Finistere between 1984 and 1995. *Gastroenterol Clin Biol.* 2005; 29(1):23-32 [ISSN: 0399-8320]. Fay?? al J; Bessaguet C; Nousbaum JB; Cauvin JM; Cholet F; Bideau K; Robaszekiewicz M; Gou??rou H Service d'H??pato-Gastroent??rologie, CHU La Cavale Blanche, 29609 Brest Cedex, France. jo29@voila.fr
- 4.- Differential trends in the intestinal and diffuse types of gastric carcinoma in the United States, 1973-2000: increase in the signet ring cell type. *Arch Pathol Lab Med.* 2004; 128(7):765-70 [ISSN: 1543-2165] Henson DE; Dittus C; Younes M; Nguyen H; Albores-Saavedra J Department of Pathology and the Office of Cancer Prevention and Control, The George Washington University Cancer Institute, Washington, DC 20037, USA. patdeh@gwumc.edu
- 5.- The clinical significance of thickened gastric folds found on upper gastrointestinal series. *J Clin Gastroenterol.* 2002; 35(2):138-43 [ISSN: 0192-0790] Tran T; Hung P; Laucirica R; Hilal RE; Goodgame RW Department of Medicine, Baylor College of Medicine, Houston, Texas 77030, USA.
- 6.- Endoscopic ultrasonography in patients with large gastric folds at endoscopy and biopsies negative for malignancy: predictors of malignant disease and clinical impact. *Am J Gastroenterol.* 2006; 101(1):64-9 [ISSN: 0002-9270] Gin??s A; Pellise M; Fern??ndez-Esparrach G; Soria MT; Mata A; Membrillo A; Mart??nez-Pall?? G; Sol?? MM; Llach J; Bordes JM; Piqu?? JM Endoscopy Unit, Department of Gastroenterology, Institut de Malalties Digestives i Metab??liques, Centre de Diagn??stic Biom??dic Hospital Cl??nic, IDIBAPS, Barcelona, Spain.
- 7.- Yield of tissue sampling for submucosal lesions evaluated by EUS. *Gastrointest Endosc.* 2003; 57(1):68-72 [ISSN: 0016-5107] Hunt GC; Smith PP; Faigel DO Oregon Health & Science University and Portland Veterans Affairs Medical Center, Portland, Oregon, USA.



Para cualquier información o separata contactar a el:
 Dr. Leonardo Sosa Valencia. Gastroenterólogo- Ecoendoscopista. CITÉ, Centro de Ecoendoscopia, Caracas - Valencia
 E-mail: lsosa_valencia@cantv.net
 Fecha de Recepción Sep. 2005- Fecha de Revisión Jun. 2006- Fecha de Aprobación. Agos. 2006