

Endoscopia

Ante un paciente con engrosamiento de los pliegues gástricos y biopsias endoscópicas negativas, ¿cuál es la maniobra diagnóstica más rentable para descartar malignidad?

Coordinadores generales: Javier P. Gisbert, C. Santander y Josep M. Piqué

Coordinador de sección: Enrique Vázquez-Sequeiros

Autor: Àngels Ginès

Endoscopia Digestiva. Servicio de Gastroenterología. ICMDM. Hospital Clínic. CIBERehd. Barcelona. España.

PREGUNTA

Ante un paciente con engrosamiento de los pliegues gástricos y biopsias endoscópicas negativas, ¿cuál es la maniobra diagnóstica más rentable para descartar malignidad?

ANTECEDENTES

El diagnóstico de los pacientes con pliegues gástricos engrosados suele ser un problema. Las causas son múltiples: benignas (gastritis hipertrófica, enfermedad de Ménétrier, síndrome de Zollinger-Ellison, hiperplasia linfoide, amiloidosis) o malignas (adenocarcinoma, linfoma o tumores metastásicos). Las biopsias endoscópicas en muchos casos no son concluyentes puesto que contienen únicamente mucosa superficial. En pacientes con infiltración maligna (que suele afectar a las capas profundas de la pared) la rentabilidad de la biopsia endoscópica estándar es sólo del 50%^{1,2}. La utilización de pinzas tipo «jumbo» o de asa de diatermia puede aumentar la rentabilidad de la biopsia pero se asocia a un mayor riesgo de complicaciones^{3,4}.

DISCUSIÓN

Hay poca evidencia científica sobre cuál es la maniobra diagnóstica más rentable en estos pacientes. Dos estu-

dios^{5,6} han comparado de forma retrospectiva la rentabilidad del tránsito esofagogastrico (TEG) con la gastroscopia en el subgrupo de pacientes con infiltración gástrica por tumor de tipo escirro (72 y 26 pacientes, respectivamente). En ambos estudios se llega a la conclusión de que el TEG tiene una mayor rentabilidad que la evaluación endoscópica, aunque si se añade el resultado de las biopsias, la rentabilidad de la gastroscopia es mucho mayor. Sin embargo, en ningún caso se proporcionan datos sobre los pacientes con biopsias negativas, que constituyen el problema real en la práctica clínica.

Otro grupo de estudios ha evaluado la utilidad de la ultrasonografía endoscópica (USE) en este contexto. Okanobu et al⁷ estudiaron retrospectivamente a 165 pacientes con engrosamiento de pliegues gástricos mediante USE, debido a diferentes causas (benignas y malignas), y demostraron que el engrosamiento de la cuarta capa (muscularis propria) es exclusivo de la infiltración por enfermedades malignas. A la misma conclusión llegaron Mendis et al⁸ tras estudiar mediante USE a 28 pacientes. En 17 de los 18 pacientes con biopsias negativas y engrosamiento de la segunda capa (mucosa), se descartó una enfermedad maligna por evolución clínica, mientras que en uno de ellos las biopsias posteriores revelaron la presencia de un linfoma. Los 7 pacientes con enfermedad maligna y biopsias negativas presentaban engrosamiento de la cuarta capa y, por el contrario, ningún paciente con enfermedad benigna la presentaba. Estos hallazgos fueron corroborados por Söngur et al⁹ en un estudio realizado en 15 pacientes. En otro estudio¹⁰ el valor predictivo positivo de malignidad de la USE a partir de los criterios antes descritos fue del 97%, en contraste con el de las biopsias endoscópicas, que fue sólo del 58%.

Correspondencia: Dra. A. Ginès.

Consultor. Endoscopia Digestiva. Servicio de Gastroenterología. ICMDM.

Hospital Clínic.

Villarroel, 170. 08036 Barcelona. España.

Correo electrónico: magines@clinic.ub.es

Recibido el 7-5-2008; aceptado para su publicación el 21-5-2008.

Sólo un artículo¹¹ ha seleccionado exclusivamente como población de estudio el grupo de pacientes con biopsias negativas para evaluar de forma prospectiva la rentabilidad diagnóstica de la USE en 61 pacientes. El análisis multivariado demostró que sólo el engrosamiento de la tercera y cuarta capas tenía valor predictivo de malignidad. Se demostró también el gran impacto clínico de la USE en este grupo de pacientes, de forma que cuando esta técnica no confirma la presencia de malignidad, la probabilidad de que ésta exista es de sólo el 4,7%, mientras que si la confirma, la probabilidad es del 95%.

RESPUESTA

A falta de mayor evidencia científica, la maniobra diagnóstica más rentable para descartar malignidad en un paciente con engrosamiento de los pliegues gástricos y biopsias endoscópicas negativas es la USE, con valores predictivos positivo y negativo del 95 y el 97%, respectivamente (grado de recomendación A; nivel de evidencia 1b).

BIBLIOGRAFÍA

1. Winawer SJ, Posner G, Lightdale CJ. Endoscopic diagnosis of advanced gastric cancer. *Gastroenterology*. 1975;69:1183-7.
2. Andriulli A, Recchia S, De Angelis C. Endoscopic ultrasonography evaluation of patients with biopsy negative gastric linitis plastica. *Gastrointest Endosc*. 1990;36:611-5.
3. Komorowski RA, Caya JG, Geenen JE. The morphologic spectrum of large gastric folds: utility of the snare biopsy. *Gastrointest Endosc*. 1986;32:190-2.
4. Bjork JT, Geenen JE, Soergel KH, Parker HW, Leinicke JA, Komorowski RA. Endoscopic evaluation of large gastric folds. A comparison of biopsy techniques. *Gastrointest Endosc*. 1977; 24:22-3.
5. Park MS, Ha HK, Choi BS, Kim KW, Myung SJ, Kim AY, et al. Scirrhous gastric carcinoma: endoscopy versus upper gastrointestinal radiography. *Radiology*. 2004; 231:421-6.
6. Levine MS, Kong V, Rubesin SE, Laufer I, Herlinger H. Scirrhous carcinoma of the stomach: radiologic and endoscopic diagnosis. *Radiology*. 1990;175:151-4.
7. Okanobu H, Hata J, Haruma K, Hara M, Nakamura K, Tanaka S, et al. Giant gastric folds: differential diagnosis at US. *Radiology*. 2003;226:686-90.
8. Mendis RE, Gerdes H, Lightdale CHJ, Botet JF. Large gastric folds: a diagnostic approach using endoscopic ultrasonography. *Gastrointest Endosc*. 1994;40:437-41.
9. Söngur Y, Okai T, Watanabe H, Motoo Y, Sawabu N. Endoscopic evaluation of giant gastric folds. *Gastrointest Endosc*. 1995;41:468-74.
10. Will U, Zinsser E, Raabe G, Bosseckert H. Value of endosonography in diagnosis of diffusely growing stomach carcinomas. *Z Gastroenterol*. 1998;36:151-7.
11. Ginès A, Pellisé M, Fernández-Esparrach G, Soria MT, Mata A, Membrillo A, et al. 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;101:64-9.