



REVISTA DE
GASTROENTEROLOGÍA
DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



LESIONES PRENEOPLÁSICAS

Lesiones premalignas. Diagnóstico y tratamiento del cáncer gástrico incipiente

Premalignant lesions. Diagnosis and treatment of incipient gastric cancer

M. A. Tanimoto

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Recibido el 9 de junio de 2013; aceptado el 27 de junio de 2013

Del total de trabajos sobre cáncer esófago-gastrointestinal en la Semana Americana de Enfermedades Digestivas (DDW) 2013 en Orlando Florida, sólo con relación a cáncer gástrico incipiente (CGI) se presentaron 65 pósteres, 5 pláticas magistrales y una sesión especial que incluyó 6 pósteres en oral. Dichas investigaciones analizaron las novedades para el tratamiento endoscópico del CGI y el manejo del cáncer bien diferenciado después de resección no curativa.

Trabajos presentados durante la DDW 2013

El Dr. Sumiyama et al.¹ realizaron un estudio doble ciego controlado con placebo para evaluar si una inyección con un compuesto de tiol denominado mesna podía mejorar el tiempo de disección submucosa en lesiones gástricas de 101 pacientes con 106 neoplasias incipientes que se asignaron al azar a uno de 2 grupos (mesna o salina). La disección submucosa se realizó por 3 expertos que usaron la navaja con punta aislada (IT2 *knife*). A cada paciente se le inyectó

mesna o salina para elevar la lesión y después se realizó incisión circunferencial inyectando además hialuronato. Todas las lesiones se resecaron en bloque (grupo mesna 53/53 y grupo control 51/52, 98.08%, ns). Las características y complicaciones no difirieron entre los grupos. Sin embargo, el tiempo del procedimiento fue diferente: 18.62 ± 13.91 (2-76) minutos del grupo mesna vs. 24.58 ± 24.55 (2-106) minutos del control ($p = 0.128$). Los casos que consumieron > 30 minutos fueron menores en el grupo mesna (7/53 vs. 15/52, $p = 0.049$) y la dificultad subjetiva (escala 5 puntos) también fue menor en el grupo mesna ($p < 0.001$). En el análisis multivariado el uso de mesna ($p = 0.006$); el tamaño de lesión ($p < 0.001$) y cicatriz ($p = 0.02$) respectivamente.

La disección submucosa con mesna disminuyó la dificultad del procedimiento aun cuando las diferencias entre grupos de este estudio no fueron significativas. Son necesarios estudios multicéntricos con muestras más grandes.

Parra-Blanco et al.² realizaron un estudio aleatorizado controlado prospectivo para comparar el método de clip-liga

Autor de correspondencia: Puente de Piedra No. 150 Torre 1 Consultorio 402 Col. Toriello Guerra México, D.F. C.P. 14050. Correo electrónico: matanimoto@hotmail.com (M. A. Tanimoto)

(CL) + disección submucosa (DES) vs. sólo DES tradicional en modelos porcinos. Participaron 10 endoscopistas expertos sin experiencia en DES. Cada endoscopista al azar trabajó 2 lesiones hipotéticas en cuerpo y antro de 2 cm. Una lesión sólo con el *Hybrid knife* (Hk) y otra con Hk + CL. Para este último montaron una liga de 4 mm en un clip “re-abrible” (*Resolution Clip™*) y juntos se pasaron por el canal de trabajo para anclarlos después de incisión circunferencial en el extremo proximal de la lesión. Conforme se desprendió por DES el extremo proximal, un segundo clip capturó la liga de este extremo ya desprendido y la jaló por arriba para fijarla al extremo distal con el propósito de levantar la mucosa y exponer la submucosa por tracción. Un total de 20 DES (10 con cada técnica); el tiempo de DES fue menor con el método Hk + CL (4.9 ± 3.2 vs. 13.8 ± 10.8 min; $p = 0.002$), aun cuando se incluyó el tiempo para aplicar las ligas (9.0 ± 6.5 vs. 13.8 ± 10.8 min; $p = 0.008$). Finalmente, la DES fue más rápida con el método Hk + CL (0.8 ± 0.4 vs. 0.4 ± 0.3 cm²/min; $p = 0.014$) y no hubo diferencias para otras variables. En cada grupo se presentó una perforación.

El método CL acorta la duración de la DES en modelos porcinos. Este método podría facilitar el inicio de la curva de aprendizaje para DES.

Sekiguchi et al.³ realizaron un análisis retrospectivo del manejo de pacientes con neoplasia gástrica incipiente (CGI) bien diferenciada que presentaron margen positivo posdisección submucosa (DES) o mucosectomía por partes (MPP). Se analizaron entre 1997 y 2010 3,316 pacientes con 3,782 lesiones y se incluyeron 85 con margen positivo bien diferenciadas de 83 pacientes que cumplían los siguientes criterios: 1) Limitada a margen positivo o resección por partes y 2) seguimiento > 1 año. Dichos pacientes fueron sometidos a gastrectomía; tratamiento endoscópico inmediato o seguimiento frecuente post DES (cada 3-6 meses con tomografía por 3 años y después tratamiento anual). La mediana de seguimiento fue de 50 meses (rango 13-163), 16/85 (18.8%) presentaron recurrencia local residual sin metástasis. La media para recurrencia post DES fue de 13 meses (rango 4-89) y todas tuvieron adenocarcinoma bien diferenciado y 12 casos cáncer metacrónico. La supervivencia a 5 años fue de 100% sólo a la enfermedad y la supervivencia total fue 92.1%. Los factores de riesgo para cáncer recurrente/residual en análisis multivariado fueron con margen lateral positivo ≥ 6 mm como único factor de riesgo independiente (razón de momios 21.3, 95%, IC 5.5-83.2; $p < 0.001$).

La mayoría de los casos que no fueron a cirugía tuvo desenlace favorable, lo que sugiere que el manejo no quirúrgico es una opción aceptable. Además de identificar los casos con margen lateral positivo ≥ 6 mm para tratamiento endoscópico adicional inmediato.

Binmoeller et al.⁴ realizaron un estudio prospectivo y descriptivo de pacientes sometidos al método de biopsia endoscópica “succión-ligar-descubrir-biopsia” (SLDB) para el diagnóstico y tratamiento de tumores subepiteliales pequeños < 2 cm y de base ancha. Se identificó en una base de datos a los pacientes que se les realizó SLDB. A todos los pacientes se les realizó ultrasonido endoscópico (USE) con un catéter de 12 MHz. Las lesiones 1) se succionaron con un capuchón oblicuo transparente de 18 mm; 2) se disparó una liga precargada de 20 mm en la base del tumor reconfirmado por USE; 3) se descubrieron los tumores con la navaja de aguja; y 4) se tomaron biopsias del tumor. Se realizó SLDB

en 16 pacientes con éxito (2 hombres; mediana de edad 62). Se trataron 14 lesiones en estómago y 2 en colon. La mediana de tamaño fue 10 mm y por inmunohistoquímica fueron: 4 GIST, 5 leiomiomas, 3 carcinoides, 2 tumores de Vanek, un granuloma y uno de glándulas fúndicas heterotópicas. Se siguieron 5 pacientes (31%) con confirmación de ablación tumoral por USE. Sólo un paciente presentó dolor y no hubo sangrado o perforación.

El método de SLDB es factible; la ligadura con descubrimiento tumoral es segura y proporciona suficiente tejido para la inmunohistoquímica. La ligadura combinada con descubrimiento del tumor es suficiente para la ablación por isquemia y enucleación tumoral.

Khashab et al.^{5,6} realizaron un estudio prospectivo en modelos biológicos para analizar la factibilidad y el tiempo del procedimiento usando un gel viscoso (Cook Medical) con propiedades disecantes y las “manos tijeras endoscópicas” MTE (FlexShears, Apollo Endosurgery). En lesiones gástricas simuladas de 3 cm se inyectaron 10-15 mL de salina con indigo 0.3% y después se colocó un barril de embolización de 10 mm con una aguja para ultrasonido endoscópico (USE) no.19 y un inyector especial que se retiró después de aplicar 10 cc de gel viscoso. Con una navaja de aguja realizaron la incisión inicial y con las MTE el corte circunferencial. El gel salió por los cortes sin interferir con la visualización y fue succionado sin dificultad por el canal de trabajo. No se requirió la disección submucosa en el 100% debido a que el gel provocó una autodisección. Todas las lesiones se realizaron en bloque sin datos de daño profundo a la *muscularis* propia o sangrado. El tiempo promedio fue de 19 minutos (rango 13-22 minutos).

Esta técnica novedosa permitió una disección submucosa DES fácil, segura y eficiente. Las MTE tienen el potencial de revolucionar la DES si la seguridad y eficacia de este estudio puede reproducirse en otros utilizando modelos biológicos y finalmente en humanos.

Financiamiento

No hubo financiamiento para la realización de este trabajo.

Conflicto de intereses

El autor no tiene conflicto de interés en relación con el artículo que se remite para publicación.

Bibliografía

1. Kazuki S, Hirobumi T, Tomohiko O, et al. A double blinded randomized placebo controlled trial for the chemically assisted gastric ESD with mesna submucosal injection. Sesión de carteles en oral presentada en: DDW 2013 mayo 17-21; Orlando, FL. #56.
2. Parra-Blanco A, Uraoka T, Ortiz Fernández-Sordo J, et al. Is a traction method (clip-band) useful to facilitate gastric endoscopic submucosal dissection? A prospective, randomized, controlled trial in a live porcine model. Sesión de carteles en oral presentada en: DDW 2013 mayo 17-21; Orlando, FL. #57.
3. Sekiguchi M, Suzuki H, Oda I, et al. Management of differentiated-type early gastric cancer after non-curative endoscopic submucosal dissection with a positive lateral margin or piecemeal

- resection: a retrospective analysis. Sesión de carteles en oral presentada en: DDW 2013 mayo 17-21; Orlando, FL. #58.
4. Binmoeller KF, Kato M, Shah JN. "Suck-Ligate-Unroof-Biopsy" (SLUB) using a mini-detachable loop for the diagnosis and therapy of small broad-based subepithelial tumors. Sesión de carteles en oral presentada en: DDW 2013 mayo 17-21; Orlando, FL. #60.
 5. Khashab M, Saxena P, Sharaiha RZ, et al. "Scissorhands" technique for gastric ESD using novel gel and endoscopic scissors. Sesión de carteles presentada en: DDW 2013 mayo 17-21; Orlando, FL. Sa1574.
 6. Khashab M, Saxena P, Canto MI, et al. "Scissor hands" technique for easy, safe and efficient gastric ESD using novel gel and endoscopic scissors. Sesión de video presentada en: ASGE Video Forum, DDW 2013 mayo 17-21; Orlando, FL. Sp617.