

Estadificación por ecoendoscopia en el linfoma gástrico tipo MALT de bajo grado

M. J. Varas, R. Fabra, R. Abad, J. Turró, J. C. Espinós, D. Bargalló y J. M. Miquel

Unidad de Ecoendoscopia. Centro Médico Teknon. CIMA. Centro Médico Delfos. Barcelona

RESUMEN

Introducción: la ultrasonografía endoscópica (USE) ha demostrado ya su utilidad en la evaluación de las lesiones submucosas, en la estadificación del cáncer digestivo en general, y del linfoma gástrico tipo MALT en particular. El objetivo de este trabajo fue la estadificación por USE.

Pacientes y método: veinticuatro enfermos (10 mujeres y 14 varones) con edad media de 56 años y con posible linfoma gástrico tipo MALT (25 casos) fueron estudiados con videoendoscopia, biopsias y ecoendoscopia con USE radial de 7,5 y 20 MHz, y con minisondas (MS) de 12 y 20 MHz.

Se evaluaron definitivamente 19 pacientes (7 mujeres y 12 varones) con 20 MALT, ya que cinco enfermos se desestimaron por demostrarse *a posteriori* que presentaban un linfoma gástrico invasivo de alto grado (3c) o un plasmocitoma (2c).

De los 19 pacientes todos eran T1 menos dos pacientes que eran T2, y otra presentaba un linfoma T1 gastroduodenal.

Los hallazgos ecográficos de las MS fueron comparados con la USE (*gold standard*) y con la histología antes y después de la erradicación. Después, fueron seguidos cada 1, 3 y 6 meses mediante videoendoscopia y MS.

Resultados: la ecoendoscopia identificó el estadio T correcto en el 90% de los casos. Las MS identificaron el estadio T en el 88% de los casos y la N en el 33% de los casos, con resultados discretamente inferiores a los obtenidos con la USE convencional (91 y 45%), por lo que se utilizaron en el seguimiento.

Después de la erradicación, todos menos dos están en remisión completa y han sido seguidos cada 1, 3 y 6 meses con las MS sin observar anomalías ecográficas, excepto una paciente que hizo una recidiva.

Palabras clave: Linfoma gástrico tipo MALT. Ultrasonografía endoscópica. Minisondas ecográficas transendoscópicas. Ecoendoscopia.

INTRODUCCIÓN

La ultrasonografía endoscópica (USE) ha demostrado su utilidad en la evaluación de las lesiones submucosas (1), en la estadificación del cáncer digestivo en general (2), y del linfoma gástrico de bajo grado tipo MALT (*mucosa-associated lymphoid tissue*) en particular (2), con una sensibilidad en un rango del 80-95% (3-7).

La sensibilidad para detectar adenopatías sospechosas es más variable (70%), oscilando entre el 50-90% (3-6), aunque con la reciente incorporación de la punción ecodirigida, la precisión diagnóstica para evaluar la extensión ganglionar podría alcanzar el 100%.

También puede predecir la respuesta al tratamiento erradicador de la infección por *Helicobacter pylori* (7-11). De tal manera que si la lesión se extiende más allá de la submucosa o aparecen adenopatías metastásicas generalmente no responde al tratamiento erradicador del *H. pylori*, mientras que si afecta a mucosa o submucosa (EI1: T1 mucoso-submucoso N0) la tasa de remisión alcanza el 95%.

El objetivo de este trabajo sería la estadificación por USE.

PACIENTES Y MÉTODOS

Veinticuatro enfermos (10 mujeres y 14 varones) de 18 a 82 años, con una edad media de 56 años, con posible linfoma gástrico tipo MALT (25 casos) fueron estudiados con videoendoscopia, biopsias y estadificados según clasificación TNM, con USE radial Olympus de 7,5 MHz y 20 MHz, y con minisondas (MS) (2,6 mm) radial y lineal de 12 y 20 MHz (Fuji SP-701) introducidas a través del canal de trabajo del videoendoscopio (canal operativo de 2,8 mm). Recientemente estamos utilizando MS Olympus UM-DP 12-25R y 20-25R, de 12 y 20 MHz, con sistema DPR.

El estudio endoscópico y las biopsias se realizaron con un videoendoscopio Fujinon EG-200 FP y EG-400 FP. Todo ello bajo consentimiento informado.

Los hallazgos de las MS fueron comparados con la USE radial (*gold standard*) y con la histología antes y después de la erradicación del *H. pylori*.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes con MALT de bajo grado, *H. pylori* positivo; mientras que los criterios de exclusión fueron: MALT de alto grado, E II, y virus de la inmunodeficiencia humana positivo.

Se evaluaron 19 enfermos definitivamente (7 mujeres y 12 varones), ya que cinco enfermos se desestimaron por demostrarse *a posteriori* que presentaban un linfoma gástrico invasivo de alto grado (3c) o un plasmocitoma (2c), falleciendo uno de ellos.

La clasificación TNM 1997 (12) para la estadificación del adenocarcinoma gástrico fue utilizada para estudiar la penetración en la pared gástrica del linfoma: T1, invasión de mucosa y submucosa; T2, invasión de la muscular propia sin sobrepasarla; T3, invasión más allá de la mus-

cular propia, hasta la serosa; T4, invasión de estructuras adyacentes (Figs. 1-5).

N0, no adenopatías; N1, adenopatías regionales.

Las adenopatías regionales metastásicas se definieron como nódulos redondeados, hipoeucogénicos, homogéneos, y mayores de 5 mm. No se efectuó punción ecodirigida en ningún caso.

Después de la erradicación con la triple terapia durante 7-14 días, los pacientes fueron controlados cada 1, 3 y 6 meses con videoendoscopia y minisondas.

De los 19 pacientes todos eran T1 menos dos que eran T2, y otra enferma presentaba un MALT T1 gastroduodenal (13). En total veinte casos de MALT en 19 pacientes ya que un paciente presentaba una afectación doble, gástrica y duodenal.

Se analizó la frecuencia y la sensibilidad mediante las fórmulas habituales.

RESULTADOS

La ecoendoscopia con USE y/o con MS identificó el estadio T correcto en el 90% de los casos (18/20), y la N en el 40% (8/20) (Tabla I).

Tabla I. Resultados de 25 casos en 24 enfermos (1 enfermo con dos lesiones, gástrica y duodenal)

25 casos posibles	
5 casos excluidos	
20 casos con ecoendoscopia (USE/MS)	S: 90% (18/20)
11 casos con USE	S: 91% (10/11)
9 casos con MS	S: 88% (8/9)

Las MS identificaron el estadio T (todos T1 menos dos casos T2) en el 88% de los casos, y la N en el 33% de los casos, con resultados discretamente inferiores a los obtenidos con la USE radial convencional (91 y 45%), por lo que se utilizaron en el seguimiento. Las adenopatías detectadas siempre fueron mayores de 5 mm.

Después de la erradicación, todos los T1 (EI1) menos tres (81%) están en remisión completa y han sido seguidos cada 1, 3 y 6 meses con las MS sin observar anomalías ecográficas, excepto una paciente que presentó una recidiva en el seguimiento.

No hubo ninguna complicación.

DISCUSIÓN

La USE radial convencional evalúa la T con una precisión y sensibilidad de alrededor del 85-90%, y la N con una sensibilidad de alrededor del 70% (60-90%) (2-7).

En nuestros casos fue del 90 y el 40% respectivamente.

La afectación de las primeras capas y la ausencia de adenopatías orienta a un linfoma MALT de bajo grado,

mientras que la infiltración transmural masiva y presencia de adenopatías suele indicar un linfoma de grado elevado (8).

En función de estos parámetros la USE puede predecir la respuesta al tratamiento (8-10).

Con un diagnóstico y tratamiento precoz, el pronóstico de los enfermos con linfoma gástrico tipo MALT de bajo grado es generalmente bueno.

La ecografía endoscópica realizada con MS presenta una precisión en el diagnóstico y en la valoración pronóstica similar a la USE convencional.

Efectivamente Lügeling y cols. (11) estudiaron 39 enfermos con MALT gástrico menor de 4 cm de tamaño, 15 antes del tratamiento y 24 durante el seguimiento; comparando la USE convencional con una MS de 12 MHz, en la evaluación de la T se obtuvieron unos porcentajes del 80 versus 86%, y en la evaluación de la N del 60 versus 53%, sin que las diferencias fueran estadísticamente significativas. En el seguimiento, cuando los resultados de las MS eran normales (15 casos), el examen histológico posterior confirmó la remisión total en todos los pacientes; mientras que en 9 casos se detectaron lesiones hipoeucogénicas en la mucosa o submucosa, confirmadas histológicamente de recidiva sólo en 4 casos (44,5%).

En nuestros casos, el seguimiento con MS no demostró alteraciones ecográficas, que se correlacionaron muy bien con los hallazgos histológicos negativos, excepto en una paciente que presentó una recidiva de la enfermedad.

Al comparar antes del tratamiento erradicador la USE con las MS, obtuvimos en la estadificación de la T un 91 versus 88%, y en la N un 45 versus 33%. Las adenopatías detectadas siempre fueron menores de 1 cm.

El estudio ecográfico con MS se puede realizar en el mismo acto endoscópico tanto en el diagnóstico como en el seguimiento, cuando se sospecha una lesión en el estómago, que puede biopsiarse concomitantemente. No hubo ninguna complicación.

La USE convencional requiere una segunda exploración después de la endoscopia y la biopsia. A veces la compresión con el balón dificulta el estudio de las lesiones muy superficiales, mientras que las MS precisamente están indicadas en este tipo de lesiones, sobre todo las de alta frecuencia que presentan una resolución cercana muy alta a costa de la escasa penetración de los ultrasonidos.

Pero, la mayor limitación de la USE convencional sería el linfoma avanzado y estenosante. En estos casos, muy pocos, las MS ofrecerían una mejor estadificación de la T pero peor de la N (11).

Pensamos que las MS pueden ser utilizadas en la estadificación del linfoma gástrico tipo MALT de bajo grado, durante el diagnóstico endoscópico y sobre todo en el seguimiento, con una alta sensibilidad, semejante a la obtenida en los estudios previos con la USE convencional.

La principal limitación sería la estadificación de la N, que podría suplirse con MS multifrecuencia o de baja frecuencia y mayor penetración.

Seleccionando bien los pacientes se podría conseguir una remisión a largo plazo cercana al 100 *versus* el 80% que refiere alguna revisión de la bibliografía (14).

Recientemente, Díz-Lois y cols. (15) publican 14 pacientes EI1 (afectación MALT sólo hasta submucosa) con remisión completa del 71%, tras erradicación, curación del 100%, tras erradicación y quimioterapia en los casos que no se logró la remisión completa. En nuestros casos de EI1 la remisión completa fue del 81%, con curación también del 100%.

La supervivencia a los 5 años suele ser superior al 70% (16,17).

Mientras que la experiencia italiana (18,19) con 76 casos iniciales publica muy buenos resultados de la erradicación en función de la estadificación (importante

remisión cuando el estadio es T1N0), y precisión del 95%, con sensibilidad del 89% y especificidad del 97% para la USE en la evaluación de la estadificación, no ocurre lo mismo con la experiencia alemana (20).

Fischbach y cols. (20) en un estudio multicéntrico con 80 casos, con varios grupos de trabajo, concluyen que la estadificación con USE sólo fue correcta en el 53% de los casos, porque la USE sobreestima el diagnóstico de adenopatías. Similares resultados han sido publicados por un solo grupo (21).

Estos problemas podrían mejorarse con la punción ecodirigida, para diferenciar adenopatías inflamatorias de las metástasicas, pero aunque así se hiciera, los porcentajes no llegarían al 100%, ya que en un trabajo reciente japonés se cita el 94% de aciertos (22), con una aguja de 19-G.