

Es necesaria una mayor difusión de las indicaciones del ultrasonido endoscópico

Desde hace más de 10 años el ultrasonido endoscópico ha tenido una gran influencia en las decisiones clínicas para el diagnóstico y tratamiento de diversas patologías del aparato digestivo. A través del estadiaje de neoplasias y evitando procedimientos innecesarios. También ha permitido evaluar patologías benignas tales como pancreatitis crónica y masas submucosas.

El uso del ultrasonido endoscópico se ha generalizado debido a mejoras tecnológicas tanto en endoscopios como en transductores. Estos avances han favorecido numerosos estudios clínicos que han comprobado su utilidad.¹⁻³

En la actualidad la mayoría de los ultrasonidos endoscópicos se realizan por referencia de gastroenterólogos, oncólogos y cirujanos, sólo en hospitales de concentración y alta especialidad debido a la carencia de especialistas formalmente entrenados en este procedimiento en hospitales de zona.

Aún se desconoce el nivel de conocimiento entre gastroenterólogos y no gastroenterólogos sobre las indicaciones del ultrasonido endoscópico.⁴

La relevancia del estudio titulado "Conocimiento de las indicaciones del ultrasonido endoscópico en un grupo de médicos de la Ciudad de México", elaborado por los Drs. Trujillo, Peralta y Guerrero, es el análisis de dicho conocimiento a través de la aplicación de un cuestionario elaborado y aplicado por un grupo de investigadores de la Mayo Clinic (Rochester, Minnesota)⁴ en nuestro medio, con resultados que no difieren a los reportados.

De acuerdo con un reporte de evaluación tecnológica realizado por un grupo de expertos que analizaron el papel del ultrasonido endoscópico para realizar una ecoendoscopia, se requiere un largo entrenamiento supervisado por un experto reconocido. La carencia de centros de entrenamiento y el grado de dedicación por parte del aprendiz también han contribuido a la falta de difusión de la ecoendoscopia. Dichos expertos recomiendan un entrenamiento de 3-6 meses para poder realizar ecoendoscopia luminal y para la ecoendoscopia con aspirado de aguja fina un año de entrenamiento intensivo.⁵ A pesar de esto, no existe aún un consenso sobre el número de procedimientos necesarios para un entrenamiento adecuado. Este reporte de la Sociedad Americana para el estudio de la Endoscopia¹ pone en

evidencia la controversia sobre el tipo y duración del entrenamiento para formar ecoendoscopistas, además de que aún no todas las indicaciones de la ecoendoscopia son universalmente aceptadas.

Un estudio realizado en 1999, que incluyó a 397 referidos para ecoendoscopia, proporcionó información útil en 55%, necesitó de otros estudios en 22% y fue innecesario en 30%. Sólo 6% de los casos cambiaron la modalidad terapéutica después del procedimiento. Es probable que estos resultados se deban a la curva de aprendizaje sobre este procedimiento.⁶

En un reporte de 2005 que incluyó 330 pacientes, la ecoendoscopia con biopsia por aguja fina se realizó en 30%, cambió el diagnóstico en 26% y la terapéutica en 48%. Se evitó un procedimiento quirúrgico innecesario en 33% y en 50% de los casos se evitaron estudios subsecuentes. Este mismo estudio concluyó que la ecoendoscopia representó un impacto significativo en el abordaje diagnóstico y terapéutico de los pacientes.⁷

A pesar de los reportes anteriores son necesarios otros estudios con muestras mayores para evaluar su validez externa; así como estudios en donde se analice como difundir el uso y aplicaciones del ecoendoscopia entre médicos gastroenterólogos y no gastroenterólogos (p. ej. internistas, cardiólogos, neumólogos y cirujanos).

A más de una década del desarrollo del ecoendoscopia todavía existen muchas preguntas por contestar, y un gran esfuerzo educativo relacionado con las indicaciones para la ecoendoscopia que permitirá un uso más amplio de esta tecnología con un impacto positivo en el costo-beneficio de la atención médica.

REFERENCIAS

1. Faigel D. Managing subepithelial lesions: when and how to use EUS. DDW: Syllabus; 2006, p. 41-50.
2. Wiersma M. EUS in GI Malignancy: outcomes, critical issues and limitations. DDW: Syllabus; 2006, p. 51-2.
3. Chang K. New frontiers: EUS guided therapeutics. DDW: Syllabus; 2006, p. 53-4.
4. Yusuf TE, Harewood GC, Clain JE, et al. Knowledge of indications for EUS among gastroenterologists and non-gastroenterologists.
5. Eisen GM, Chutkan R, Goldstein JL, et al. Role of endoscopic ultrasonography. *Gastrointest Endosc* 2000; 52(6): 852-9.
6. Allescher HD, Rösch T, Willkomm G, Lorenz R, Meining A, Classen M.

Performance, patient acceptance, appropriateness of indications and potential influence on outcome of EUS: a prospective study in 397 consecutive patients. *Gastrointest Endosc* 1999; 50(6): 737-45.

7. Chong AKH, Caddy GR, Desmond PV, Chen RY. Prospective study of the clinical impact of EUS. *Gastrointest Endosc* 2005; 62(3): 399-405.

Dr. Miguel A. Tanimoto

Médico adscrito al Departamento de Gastroenterología del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán