



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA

RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE PUNCIÓN-ASPIRACIÓN
CON AGUJA FINA GUIADA POR ULTRASONIDO
ENDOSCÓPICO EN LESIONES SOLIDAS PANCREATICAS EN
HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS
DESDE 2012 AL 2018

Nombre del Autor: MIGUEL MARTIN PADILLA ESPINOZA
Nombre del Asesor: ALFONSO CHACALTANA MENDOZA

LIMA – PERÚ
2019

RESUMEN:

El ultrasonido endoscópico (USE) ha revolucionado el manejo y el diagnóstico de muchas patologías de la vía digestiva, con mayor énfasis en la patología pancreática, por tal motivo el ultrasonido endoscópico se ha vuelto imprescindible en la valoración de lesiones pancreáticas tanto como para diagnóstico como terapéutico. Hoy en día, la punción aspiración con aguja fina guiada por ultrasonido endoscópico (USE-PAAF) es considerada la mejor técnica para la obtención de tejido de lesiones pancreáticas (LP) es poco agresiva con pocas complicaciones y menor riesgo de diseminación de células tumorales que la punción percutánea. Es importante saber y entender que ante una lesión pancreática, lo importante es excluir su malignidad y de esta manera valorar la posibilidad de resecabilidad y operabilidad de nuestros pacientes. Por tal motivo se realizara un estudio descriptivo – retrospectivo del rendimiento diagnóstico de la punción-aspiración con aguja fina guiada por ultrasonido endoscópico en pacientes con lesiones pancreáticas del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins entre los años 2012 y 2018.

Palabras Claves: Ultrasonido endoscópico (USE), Punción aspiración con aguja fina (PAAF), Lesión pancreática (LP).

1. INTRODUCCION:

Desde sus inicios, en la década de 1980, la ultrasonografía endoscópica (USE), se ha vuelto en una ayuda no solo diagnóstica sino también terapéutica esencial para la gastroenterología y otras aplicaciones no gastroenterológicas. Sabemos también que el diagnóstico basado en imágenes ecográficas tiene limitaciones [1]. Debido a su alta resolución, puede proporcionar una fácil visualización del páncreas, el conducto biliar común y las estructuras anatómicas adyacentes, y ha sido la modalidad de imagen más importante para el diagnóstico de tumores pancreáticos. De esta manera la punción aspiración con aguja fina guiada por USE (USE-PAAF), se ha convertido en un método de suma importancia para establecer un diagnóstico patológico cualitativo y así poder diferenciar un tumor pancreático de otros tumores malignos. La USE-PAAF a probado ser más precisa en el diagnóstico de lesiones pancreáticas sólidas es por tal motivo que ha tenido una extensa aceptación mundial [2]. No obstante, la sensibilidad y especificidad de USE-PAAF varía considerablemente (S: 70-95%; E: 72 – 100%) [3-7].

Debido a que el ultrasonido endoscópico es un procedimiento operador dependiente, la precisión para la PAAF puede variar ampliamente dependiendo de la experiencia del operador [8]. Así mismo el rendimiento diagnóstico puede estar condicionado a múltiples factores como por ejemplo localización, tamaño de la lesión, abordaje de la PAAF, tipo de aguja, número de aguja, número de pases, técnica utilizada y Evaluación rápida en el Set para citología (ROSE) [9-12].

Las lesiones pancreáticas abarcan una variedad de afecciones benignas y malignas, y el diagnóstico de dichas lesiones sólidas pancreáticas se complica por la detección indistinta de masas pancreáticas, ya sea clínicamente o por imágenes [13].

Hoy en día existen muchas pruebas de laboratorio y técnicas de imagen que van hacer de mucha ayuda para diferenciar dichas lesiones pancreáticas [14,15].

En el Perú la experiencia con USE inicio el año 1993 en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, un total de 70 exámenes [16]. Luego en 2013 el Dr. Chacaltana publico un artículo llamado experiencia inicial en ecoendoscopia del Hospital Edgardo Rebagliati donde se realizaron en total 205 ecoendoscopias [17]. Hoy en día se sabe la gran utilidad de la punción aspiración con aguja fina mediante la ultrasonografía endoscópica en lesiones pancreáticas, por tal motivo es muy importante saber el rendimiento diagnóstico de la punción aspiración de las lesiones pancreáticas vía ultrasonido endoscópico en nuestro medio.

2. OBJETIVOS:

Determinar el rendimiento diagnóstico de punción – aspiración con aguja fina guiada por ultrasonografía endoscópica en patología pancreática sólida en el hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins desde el año 2012 al 2018.

3. MATERIALES Y METODOS:

a) Diseño del estudio

Es un estudio descriptivo retrospectivo, ya que los datos obtenidos tendrán una finalidad puramente descriptiva y no se ejercerá control directo sobre ningún factor de estudio y hechos estudiados serán anteriores al diseño y las unidades de medida serán evaluadas en un solo momento.

El presente estudio se realizará en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – EsSalud, Lima-Perú. A través de su sistema de estadística, se buscarán las historias clínicas que contengan el diagnóstico de Lesión sólida de Páncreas por ultrasonografía endoscópica y que posteriormente se sometieron a una punción aspiración de la lesión, por último se obtendrá el resultado de la punción aspiración por el sistema de anatomía patológica. Se obtendrán datos de dichos pacientes en el período de estudio comprendido desde enero de 2012 y diciembre de 2018

b) Población:

Todas las historias clínicas con diagnóstico de una lesión sólida pancreática que acudieron al Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins ubicado en el distrito de Jesús María de la ciudad Lima y que fueron sometidos a una punción aspiración con aguja fina mediante la ultrasonografía endoscópica desde enero del 2012 hasta diciembre del 2018.

c) Muestra:

La relación de historias clínicas y registros de los pacientes con diagnóstico de lesión sólida pancreática que se sometieron a una USE-PAAF durante enero 2012 a diciembre del 2018 en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. La rentabilidad diagnóstica se evaluará mediante el resultado de patología de la muestra tomada, el cual se revisará en el sistema de cómputo de anatomía patológica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de cada paciente.

d) Definición operacional de variables

Las variables del estudio serán: edad, sexo, diagnóstico de ultrasonido endoscópico, localización, tamaño, abordaje de la PAAF, tipo de aguja utilizada, número de aguja, número de pases, técnica utilizada y Evaluación rápida en el Set citológico.

Variable	Dimensiones	Definición	Tipo por naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías	Escala de medición	Modo de verificación
Epidemiológico	Edad	Es el periodo en el transcurre la vida de un ser vivo	Cuantitativa	Rango de edad	Razón	Joven Adulto Adulto Mayor	13 -30 años 31-64 años Mayor 65 a	Historia clínica
	Sexo	Condición de tipo orgánica que diferencia al mecho de la hembra	Cualitativa	Género	Nominal	Hombre Mujer		Historia clínica
Proccimiento	Abordaje de PAAF		Cualitativa		Nominal	Transgástrico Transduodenal		Historia clínica
	Tipo de Aguja		Cualitativa		Nominal	Aguja Procure Aguja Echotip		Historia clínica
	Número de Aguja		Cualitativa		Nominal	Número de aguja a utilizar (Nº 19, 22, 25)		Historia clínica
	Número de pases		Cuantitativa		Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> Número de veces que pasa la aguja para obtener una muestra adecuada (1, 2 ó 3 veces). 		Historia clínica
	Técnica utiliza		Cualitativa		Nominal	<ul style="list-style-type: none"> Técnica Seca Técnica Humeda Capilaridad 		Historia clínica
Diagnóstico Ultra Endoscópico	Tamaño	Tamaño de la lesión pancreática	Cuantitativa	Tamaño de la lesión	Ordinal			Historia clínica
	Localización	Ubicación de la lesión	Cualitativa	Ubicación de la lesión	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> Cabeza. P. uncinado Cuerpo Cola 		Historia clínica
Diagnóstico patológico	Histología		Cualitativa		Nominal	<ul style="list-style-type: none"> Concluyente No concluyente Presuntivo: Células atípicas 		Historia clínica
	Citológico		Cualitativa		Nominal	<ul style="list-style-type: none"> Concluyente No concluyente Presuntivo: Células atípicas 		Historia clínica
	Evaluación rápida en el Set de citología (Patólogo en sala)		Cualitativa		Nominal	<ul style="list-style-type: none"> Concluyente No concluyente Presuntivo: Células atípicas 		Historia clínica

e) Procedimientos y técnicas:

Se identificarán las historias clínicas de interés mediante la recopilación de información de los registros de procedimiento de ultrasonido endoscópico en los cuales se haya evidenciado lesión pancreática más punción aspiración con aguja fina, dicha información se encuentra en una base de datos Excel, de esta manera se obtendrán los datos necesarios para llenar la ficha de recolección de datos. Los procedimientos se realizaron por el grupo de Ultrasonido endoscópico del Hospital Nacional Edgardo Martins, se utilizó un Ultrasonido endoscópico lineal de la marca Olimpus y un sistema de videoendoscopia exera II 180 y un procesador ecográfico Aloka ProSound alpha 5.

f) Aspectos éticos del estudio

En el presente estudio no se trabajará con pacientes, se recolectarán datos de fuentes secundarias (Registro de procedimiento, historias clínicas y sistema de gestión hospitalaria del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, así mismo la información será codificada evitando así la identificación de los pacientes que se han realizado vía ultrasonido endoscópico punción aspiración por aguja fina de lesiones sólidas pancreáticas.

g) Plan de análisis

Se describirán las variables categóricas mediante tablas de frecuencia y porcentaje, y las variables cuantitativas se describen con medidas de tendencia central (media, mediana) y medidas de dispersión (desviación estándar, rangos intercuartílicos) según su distribución sea normal o no. Para la comparación de asociación entre grupos se utilizará la prueba del chi-cuadrado y la prueba exacta de Fisher. Un valor de p inferior a 0,05 será considerado estadísticamente significativo. Para el análisis de datos la información será procesada por Statatm 10.0.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Rösch T, Classen M. Endosonography - what are the limits in gastroenterological diagnostics? *Endoscopy* 1991;23:144-6.
2. Cherian PT, Mohan P, Douiri A, Taniere P, Hejmadi RK, Mahon BS. Role of endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration in the diagnosis of solid pancreatic and peripancreatic lesions: is onsite cytopathology necessary? *HPB*. 2010;12(6):389-95.
3. Faigel DO, Ginsberg GG, Bentz JS, Gupta PK, Smith DB, Kochman ML. Endoscopic ultrasound-guided real-time fine-needle aspiration biopsy of the pancreas in cancer patients with pancreatic lesions. *J Clin Oncol*. 1997;15(4):1439-43.
4. Harewood GC, Wiersema MJ. Endosonography-guided fine needle aspiration biopsy in the evaluation of pancreatic masses. *Am J Gastroenterol*. 2002;97(6):1386-91.
5. Afify AM, al-Khafaji BM, Kim B, Scheiman JM. Endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration of the pancreas. Diagnostic utility and accuracy. *Acta Cytol*. 2003;47(3):341-8.

6. Touchefeu Y, Le Rhun M, Coron E, Alamdari A, Heymann MF, Mosnier JF, et al. Endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration for the diagnosis of solid pancreatic masses: the impact on patient-management strategy. *Aliment Pharmacol Ther.* 2009;30(10):1070–7.
7. Fisher L, Segarajasingam DS, Stewart C, Deboer WB, Yusoff IF. Endoscopic ultrasound guided fine needle aspiration of solid pancreatic lesions: Performance and outcomes. *J Gastroenterol Hepatol.* 2009;24(1):90–6.
8. Gimeno-García AZ, Elwassief A, Paquin SC, et al. Randomized controlled trial comparing stylet-free endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration with 22-G and 25-G needles. *Dig Endosc.* 2014;26:467–73.
9. Lee JK, Choi JH, Lee KH, et al. A prospective, comparative trial to optimize sampling techniques in EUS-guided FNA of solid pancreatic masses. *Gastrointest Endosc.* 2013;77:745–51.
10. Erickson RA, Sayage-Rabie L, Beissner RS. Factors predicting the number of EUS-guided fine-needle passes for diagnosis of pancreatic malignancies. *Gastrointest Endosc.* 2000;51:184–90.
11. Ganc RL, Carbonari AP, Colaiacovo R, et al. Rapid on-site cytopathological examination (ROSE) performed by endosonographers and its improvement in the diagnosis of pancreatic solid lesions. *Acta Cir Bras.* 2015;30:503–8.
12. Suzuki R, Irisawa A, Bhutani MS, et al. Prospective evaluation of the optimal number of 25-gauge needle passes for endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration biopsy of solid pancreatic lesions in the absence of an onsite cytopathologist. *Dig Endosc.* 2012;24:452–6.
13. Warshaw AL, Fernandez-del CC. Pancreatic carcinoma. *N Engl J Med.* 1992;326(7):455–65.
14. Neff CC, Simeone JF, Wittenberg J, Mueller PR, Ferrucci JT., Jr Inflammatory pancreatic masses. Problems in differentiating focal pancreatitis from carcinoma. *Radiology.* 1984;150(1):35–8.
15. Podolsky DK, McPhee MS, Alpert E, Warshaw AL, Isselbacher KJ. Galactosyltransferase isoenzyme II in the detection of pancreatic cancer: comparison with radiologic, endoscopic, and serologic tests. *N Engl J Med.* 1981;304(22):1313–8.
16. Espejo H. La historia de la gastroenterología en el Hospital Rebagliati. *Revista Enfermedades del Aparato Digestivo (Perú).* 2001;4(3):5-20.
17. Alfonso Chacaltana, Eduardo Zumaeta, Pedro Larrea, Himelda Chávez, Augusto Vera. Experiencia inicial en ecoendoscopia en el Hospital Edgardo Rebagliati, EsSalud, Lima, Perú. *Rev Gastroenterol Peru.* 2013;33(4):293-9

5. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

1. Humanos

- Asesor de la investigación: Dr. Alfonso Chacaltana Mendoza
- Digitador: el autor

2. Económicos

- Autor

3. Físicos

- Archivo de historias clínicas
- Laptop
- Internet (8 horas a la semana, 2 soles x hora → 16 soles semanales)
- Impresora (Cada impresión de ficha de recolección de datos 20 centimos, se imprimira 400 fichas → 80 soles aproximadamente)
- Utería: Lapiceros (10 soles), lápices (2 soles), borrador (3 soles), folder A4 manila (5 soles), papel bond A4 de 75 gr (20 soles).
- Software Statatm 10.0.

6. CRONOGRAMA

ETAPA	2019								
	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	set
Planteamiento del problema	X								
Elaboración del Marco Teórico		X	X						
Formulación del Problema		X	X						
Formulación de Hipótesis		X	X						
Formulación de Objetivos		X	X						
Determinación de muestra			X						
Definición operacional de variables			X	X					
Estrategias de Trabajo			X	X					
Recolección de datos					X	X	X		
Procesamiento de Datos								X	
Redacción de Resultados								X	
Redacción de Discusión								X	
Formulación de Conclusiones								X	
Presentación del Informe Final									X

7. ANEXOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Nombre: :

Autogenerado:

DX PRESUNTIVO

- 1) Edad:
- 2) Sexo: M () F ()
- 3) Características de la lesión Eco endoscópica:
 - a. Tamaño:
 - b. Localización:

Proceso Uncinado	
Cabeza	
Cuerpo	
Cola	

- 4) Procedencia:

- 5) Procedimiento:
 - a. Abordaje de FNA
 - b. Tipo de aguja
 - c. Número de aguja
 - d. Número de pases
 - e. Técnica utilizada

- 6) Diagnóstico Anátomo Patológico:

Histológico

Citológico

ROSE

- 7) Características histológicas / Citológicas / ROSE (Evaluación rápida en el Set) Citológico.
 - a. Concluyente
 - b. No Concluyente
 - c. Presuntivo: Células atípicas