



El desarrollo de la endoscopia virtual

Revista Diagnóstico dialogó, en esta oportunidad, con el doctor Mariano Loureiro, médico del staff de radiología y encargado de la colonoscopia virtual en el Centro de Diagnóstico Enrique Rossi. En la charla, el profesional analiza las ventajas de esta modalidad que, desde el diagnóstico por imágenes, permite una alternativa frente al estudio invasivo convencional.



¿Cuál es la situación actual en el uso de la colonoscopia virtual?

Es un método que, en los últimos dos años, se hizo más popular entre todos los gastroenterólogos, se tomó mucha más confianza y se alcanzó mayor certeza diagnóstica. Hoy se realizan todos los días exámenes con esta modalidad, cuando antes era algo que se hacía esporádicamente. Es ya una forma instituida de diagnóstico y está aceptado, algo muy importante, como programa de screening en los pacientes con cáncer de colon.

Esta gran aceptación tiene varios motivos. En primer lugar porque se trata de un método rápido y muy fácil de realizar. Además, prácticamente no tiene contraindicaciones.

Otra ventaja es que se trata de un estudio que se ofrece como una gran herramienta de trabajo profesional frente a los pacientes que sufren algún tipo de aprehensión a realizarse estos controles. La persona que no quiere someterse a un método más invasivo como una endoscopia convencional (por

temor a la anestesia, al endoscopio o al peligro de una perforación por el mismo instrumental) encuentra en este estudio una alternativa que antes no existía. Lo único que se realiza, si no hay contraindicación clínica, es la aplicación de algún tipo de antiespasmódico, para que la insuflación aérea resulte menos incómoda.

¿Se utiliza algún tipo de contraste para el estudio?

No, en absoluto. Se utiliza aire. Lo que conseguimos con esto es una muy buena distensión del colon. A partir de este procedimiento se realiza una toma en un tomógrafo especial de tipo multislice y se obtienen, en unos siete segundos, un promedio de seiscientos imágenes. Estas imágenes son reformateadas, reprocesadas y se realiza una reconstrucción multi espacial del intestino para que después, con el sistema de programación, realicemos la misma evaluación que lleva adelante el endoscopista, pero solo que a través de una reconstrucción de imágenes. Como solemos decir: visitamos el intestino del paciente por dentro, sin que este se de cuenta, y cuando ya se retiró de la clínica. Es un estudio que no es de lectura inmediata, no obstante y si es necesario, al finalizar el procedimiento ya se cuenta con una precisión diagnóstica. El informe final se realiza, sí, con todo el procesamiento de las imágenes que implica tomas de imágenes de reconstrucción 2D, más las de reconstrucción 3D que es un procedimiento accesorio a los efectos de este estudio.

La técnica en sí ya está bien dirigida y estandarizada, con un protocolo de seguimiento.

¿Hay estudios que indiquen la correlación en cuanto a la certeza diagnóstica entre la colonoscopia óptica y la virtual?

A nivel internacional, durante el año pasado, hubo un aluvión de artículos que tomaron como referencia centros de todo el planeta en cuanto a la correlación de un método respecto de otro. Y todos avalaron la certeza de uno y otro procedimiento.

Nosotros estamos hoy hablando de una casuística sobre casi quinientas colonoscopias realizadas en el centro, lo que ofrece un número más que satisfactorio para salvar la correlación. Bien se sabe hoy que la colonoscopia virtual no viene a reemplazar a la convencional, que sigue siendo el método por excelencia de gastroenterólogos y clínicos. Pero sí viene a ocupar un lugar en los pacientes que presenten condiciones

clínicas o demanden algo que determine que sea mejor comenzar con el procedimiento virtual antes que con el óptico. Por ejemplo, aquellos pacientes que se encuentran anticoagulados. Son personas que tienen una condición clínica de muy difícil manejo porque hay que prepararlos y bajarles las dosis de anticoagulante, con el riesgo que esto implica, ya que cuenta con una patología de base muy importante a tener en cuenta. El estudio virtual no requiere suspender ningún tipo de medicación, lo que lo transforma en una alternativa más que válida en estas situaciones.

Otro tipo de pacientes que puede verse beneficiado con esta metodología son aquellos que llegan al estudio porque la endoscopia en forma tradicional no resultó completa. Tal el caso de aquellas personas que cuentan con un intestino demasiado largo o que tienen una importante enfermedad diverticular. En estas situaciones, la derivación hacia el método virtual resulta de un carácter más que práctico y evita riesgos innecesarios. De hecho, en nuestro centro, es un procedimiento que realizamos de rutina y, de ser necesario, lo podemos llevar adelante en el mismo día que sea solicitado.

Otra posibilidad que cabe mencionar es cuando un colega, a través del método convencional, descubre en un paciente una lesión tumoral que hace infranqueable el paso con el endoscopio. En la colonoscopia virtual, el utilizar aire nos permite sortear este tipo de problemas y contar con una imagen total del marco intestinal.

Hoy en día, todas las publicaciones y nuestra estadística nos dicen que en lesiones de más de seis milímetros, la certeza diagnóstica es exactamente igual a la del método óptico. Pienso que hay una ventana, y que debemos respetar como limitación del método, que es frente a las lesiones de menos de cuatro milímetros. Y las lesiones entre cuatro y seis dependerán de la habilidad de quien interpreta la imagen para considerarla o no, si es significativa o no, en cuanto a hallazgos que surjan de la lectura del estudio.

La tranquilidad que tenemos a nivel profesional es que estos estudios, como protocolos de screening de cáncer, se llevan adelante cada cuatro años. Esto

determina que la posibilidad de que una lesión de 4 o 5 milímetros no sea evaluada o definida en primera instancia, frente a un siguiente control, no superará un tamaño que implique la puesta en riesgo del paciente. Por todo esto, el tema de la preparación intestinal, en el estudio virtual, es aún más importante que en el convencional. El gran contrincante es la materia fecal, por eso la limpieza intestinal es clave para discernir acerca de algo que no implique materia fecal o algo que esté oculto por la misma.

¿Con qué tipo de tomógrafo están trabajando en el Centro Rossi? ¿Llevan adelante algún tipo de proyecto de investigación?

En el centro contamos con un tomógrafo Philips multislice de 64 filas, lo más avanzado que hay en este momento. Es el mismo con el que se llevan adelante este tipo de estudios en los Estados Unidos. Incluso, en algunos centros de ese país, lo realizan con aparatos de 32 y 16 filas. Por ello, cuando enviamos nuestras imágenes se quedan asombrados por la calidad de la reconstrucción que logramos con este modelo de tomógrafo, algo mucho más exacto.

No estamos llevando adelante investigación. Si realizamos presentaciones de casos. Lo hemos presentado, el año pasado, en el congreso del hospital de clínicas y en el congreso argentino de gastroenterología. Justo los primeros que realizamos, los casos que hemos presentado, contaban ya con diagnóstico, con lesiones de tipo tumoral. La idea fue demostrar la correlación con el método virtual y observar que se veía y que no. Fue muy satisfactorio el procedimiento y esto permitió que se justificara el uso de esta metodología, particularmente en aquellos pacientes en donde la colonoscopia óptica no puede llegar, como explicamos anteriormente.

Hoy hay que señalar algo que es muy importante: se ha divulgado en el ámbito social el método y son los mismos pacientes los que le solicitan, al profesional de turno, la aplicación de esta modalidad.