

Artículos Originales

Gastroscoopia Virtual

Mari Carmen López Jiménez
DUE, TER

José Miguel Rodríguez Sánchez
TER

Judit Pruna Gómez
TER

Carmen Celdran Leben
TER

Hospital de la Vall d'Hebrón

Mari Carmen López Jiménez
Vicenç Zenón i Biosca 2, 4º 3ª
Sant Boi de Llobregat
08830 Barcelona
maikka90@hotmail.com
Telf.: 645 99 56 43

Hospital de la Vall d'Hebrón
Paseo de la Vall d'Hebrón
119 -129
Barcelona 08035

Enviado: 15/07/2012
Aceptado: 17/10/2012

Resumen

La gastroscopia virtual mediante TC, es una exploración radiológica para el paciente, menos agresiva que la fibrogastroscopia, ya que nos permite poder realizar estudios mucho más precisos a la hora de diagnosticar lesiones tumorales en el tracto digestivo, sin tener que practicar una sedación al paciente.

Objetivo

Obtener el mejor diagnostico del paciente con la exploración menos traumática posible,. Al no necesitar de la introducción de un fibroscopio ni de sedación, es bien tolerada por el paciente, y no conlleva a complicaciones y muestra una sensibilidad y especificidad elevada.

Material y método

Recursos humanos:

- Radiólogo, DUE, TER y asistente

Recursos materiales:

-TAC, buscapina IM , Justegas (2 sobres) abbocatt , contraste yodado, etc.

Se ajusta la dosis del contraste según talla y peso del paciente..

Resultados

Una excelente opción en la visualización de las lesiones gástricas con el consiguiente diagnostico de la enfermedad gástrica.

Conclusiones

Conseguiremos imágenes del alta calidad que nos ayudaran a que el facultativo realice un diagnóstico mas correcto, y por lo tanto un aumento del porcentaje de curación y calidad de vida.

Abstract

The Virtual Gastroscoopia CT is a radiological examination for the patient, less aggressive than fibrogastroscopy, allowing us to make studies much more accurate in diagnosing tumor lesions in the upper gastrointestinal tract, without patient sedation practice.

Target

Get the best diagnosis of the patient with less traumatic exploration possible. By not requiring the introduction of a fiberscope or sedation, is well tolerated by the patient, and does not lead to complications and shows a high sensitivity and specificity.

Material and methods

Human Resources:

- Radiologist, DUE, TER and assistant

Material Resources:

- CT, MR antispasmodic, Justegas (2 envelopes) abbocatt, iodinated contrast, and so on.

Adjust the dose of contrast depending on size and weight of the patient

Results

An excellent choice in the visualization of gastric lesions with the subsequent diagnosis of gastric disease

Conclusions

We'll get high quality images to help us that the physician make a diagnosis more correct, and therefore an increased cure rate and quality of life.

Artículos Originales

Introducción

Es una técnica cuyo propósito es la visualización de la pared del tracto digestivo, con la finalidad de poder diagnosticar diferentes enfermedades que afecten a todo el trayecto y donde la gastroscopia convencional no llega.

Objetivo

La gastroscopia virtual por TAC va ganando terreno en lo que se refiere con respecto a la ecografía endoscópica en base a mejor tolerancia y comodidad para el paciente.

No requiere de la introducción de un fibroscopio ni de sedición.

Por lo tanto es bien tolerada por el paciente, no conlleva a complicaciones y muestra una sensibilidad y especificidad elevada

Material y método

Recursos humanos

Para la realización de esta exploración, se necesita.

- Medico Radiólogo
- DUE
- TER
- Asistente

Recursos materiales:

- Colocación del paciente en decúbito supino
- Canalización de vía
- Buscapina IM
- Justegas (2 sobres)
- Contraste yodado (ajustar la dosis según talla y peso).

Adquisición de imágenes como vemos en las imágenes siguientes:

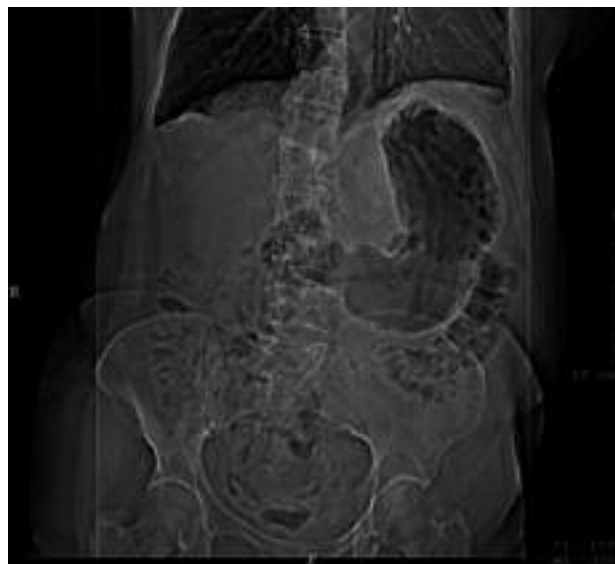


Figura 1. Topograma.



Figura 2. Simple.

Artículos Originales



Figura 3. Precontrol.



Figura 5. Fase Arterial.

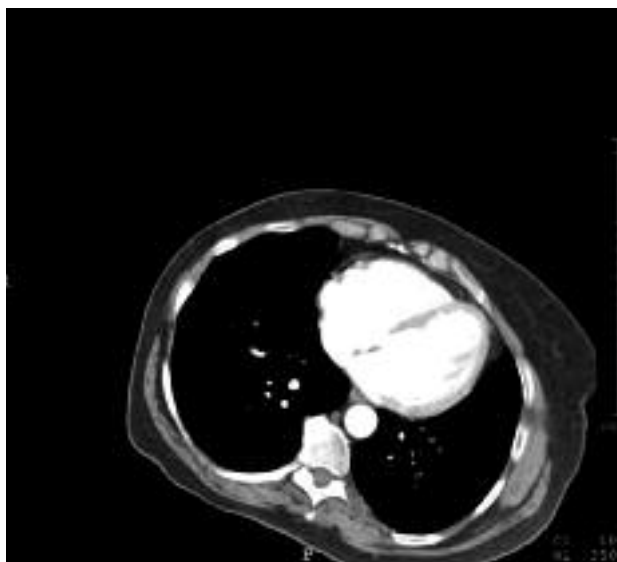


Figura 4.



Figura 6. Fase venosa.

Artículos Originales

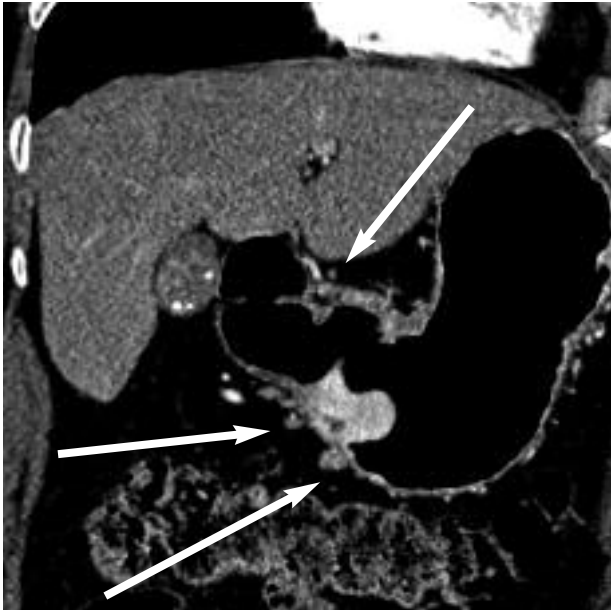


Figura 7.



Figura 8.



Figura 9.

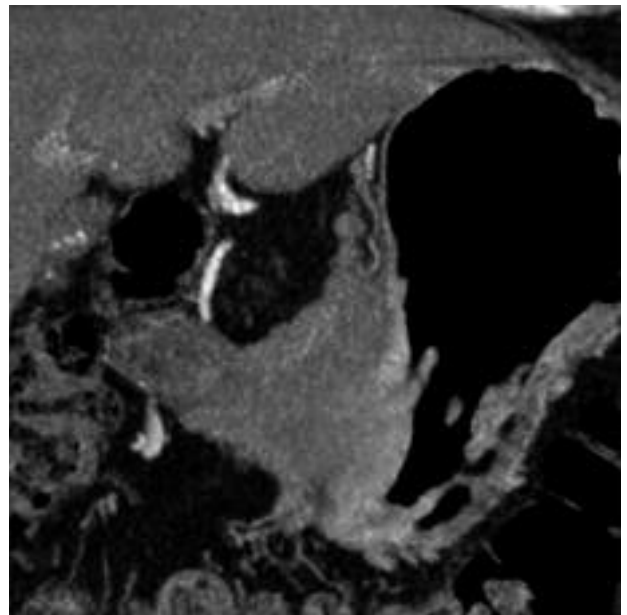


Figura 10.

Se trata de un caso clínico con las siguientes características:

- A. Tipo histológico: tumor neuroendocrino
- B. Grado histológico: bien dif. (G2)
- C. Estadificación PTNM: pT4 pN1 (TNN2010)
- D. Localización/configuración tumor:
Antro gástrico/úlcera infiltrante.
- E. Tamaño tumoral (diámetro máximo en cm): 5.5 cm

Artículos Originales

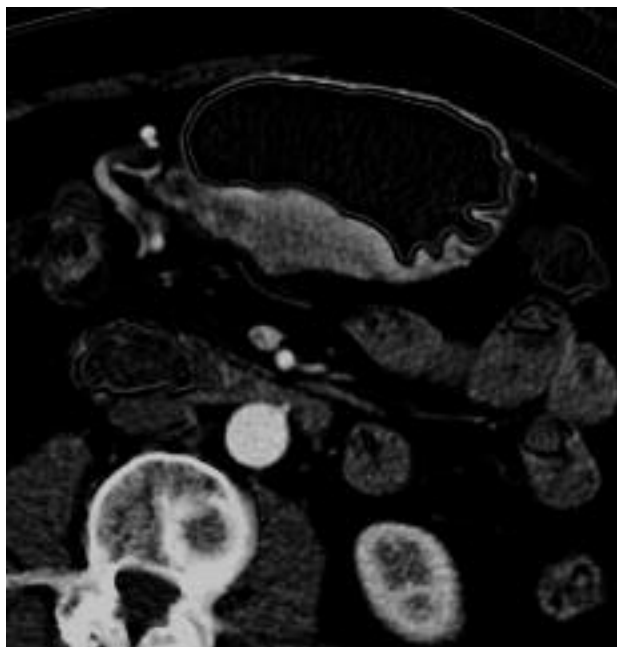


Figura 11. Axial.

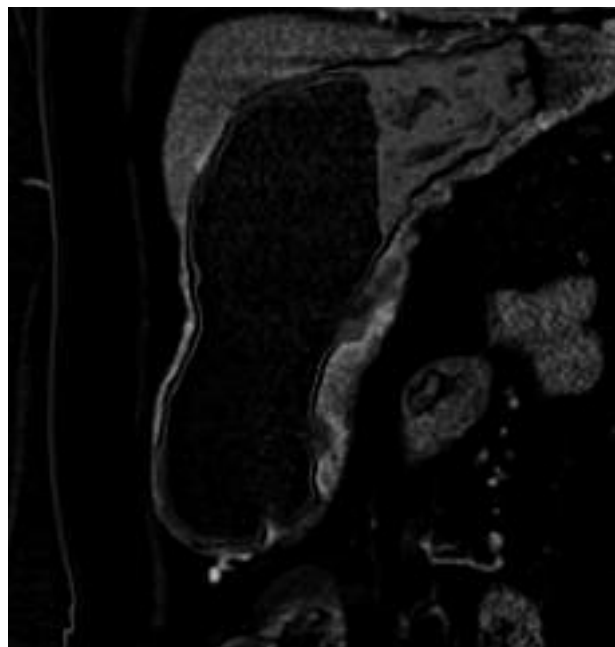


Figura 12. Sagital.



Figura 13. Axial.

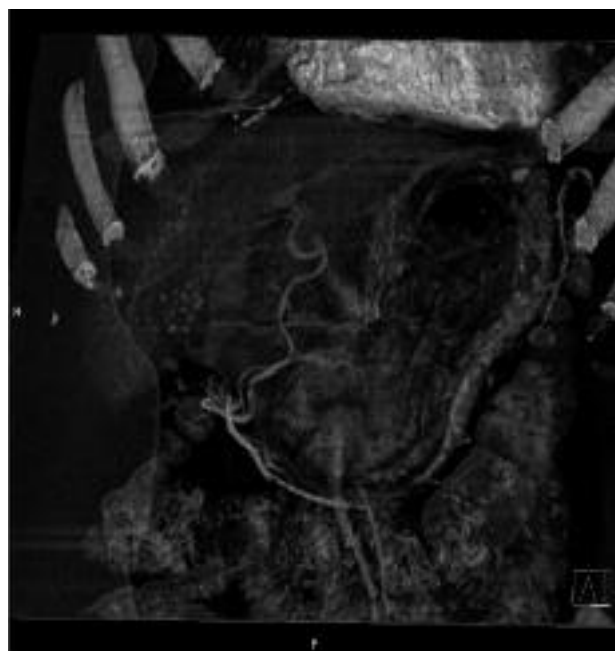


Figura 14. Coronal.

Artículos Originales

Este grupo de imágenes representan un caso clínico con las siguientes características:

A. Tipo histológico: gastrectomía subtotal. 18 x 6 cm con curvatura menor de 10 cm de longitud y curvatura mayor de 17 cm.

B. Grado histológico: alto grado g3

C. Estadificación pTNM : pT2 pN1 pMx

D. Extensión invasión(T) : infiltra subserosa

E. Localización/configuración tumor: tercio distal del estomago; tamaño tumoral (diámetro máximo en cm): 6 cm

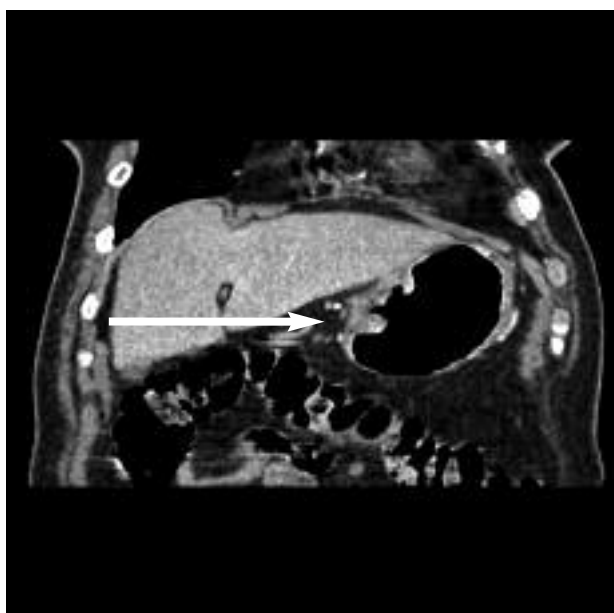


Figura 15.



Figura 16.

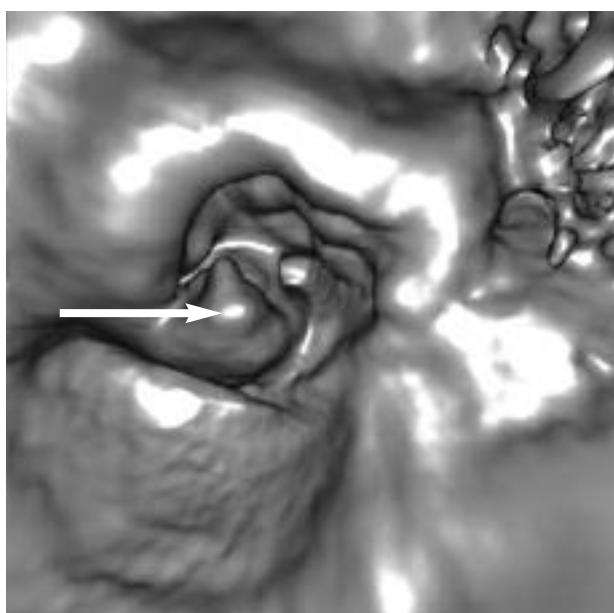


Figura 17.

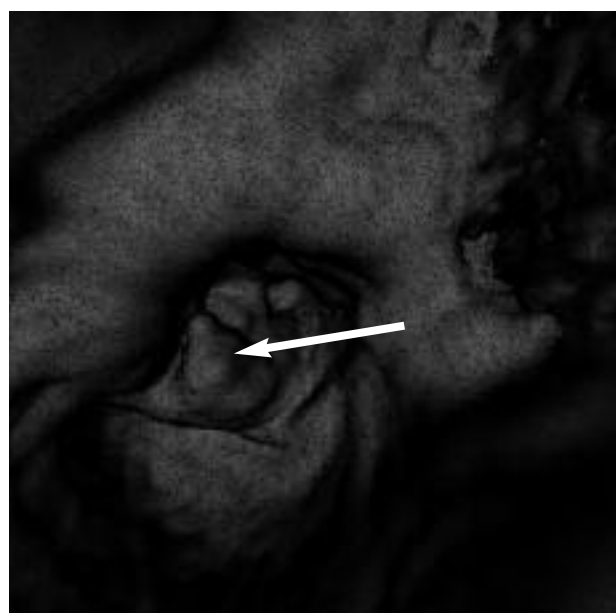


Figura 18.

Artículos Originales

Por ultimo, el siguiente caso clinic viene definido por las siguientes características:

- A. Tipo histológico: adenocarcinoma tubular.
- B. Grado histológico: bien diferenciado(G1)
- C. Estadificación pTNM: P1, T3N1 Mx estadificación de la invasión(T): subserosa.
- D. N° de ganglios; metástasis a distancia (M) desconocida.
- E. Localización / configuración del tumor: antro pilórico tamaño tumoral (diámetro max. En cm: 3 cm)



Figura 19.

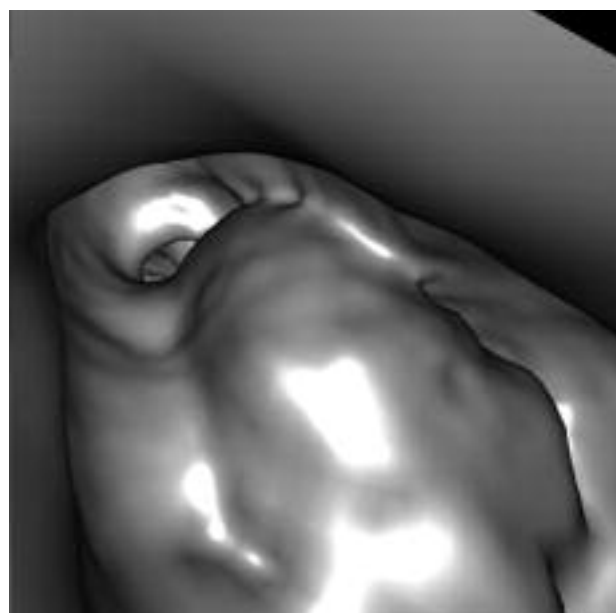


Figura 20.



Figura 21.



Figura 22.

Artículos Originales



Figura 23. Mapas vasculares.



Figura 24. Mapas vasculares.

Conclusión

- Una excelente opción en la visualización de las lesiones gástricas y la posibilidad de diagnosticar la enfermedad gástrica con mayor precisión
- Su mapeo, delimitación y características de realce contrastado presentan al estudio como una excelente herramienta para su diagnóstico.
- Un preciso estadiaje preoperatorio aumenta el porcentaje de curación y de calidad de vida del paciente.

Bibliografía

Burkitt MD, Pritchard DM. Review article: Pathogenesis and management of gastric carcinoid tumours. *Aliment Pharmacol Ther.* 2006;24:1305-20.

Carmack SW, Genta RM, Graham DY, et al. Management of gastric polyps: a pathology-based guide for gastroenterologists. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2009;6:331-41.

Cunningham D, Allum WH, Stenning SP, et al. Perioperative chemotherapy versus surgery alone for resectable gastroesophageal cancer. *N Engl J Med.* 2006;355:11-20.

Demetri GD, von Mehren M, Blanke CD, et al. Efficacy and safety of imatinib mesylate in advanced gastrointestinal stromal tumors. *N Engl J Med.* 2002;347:472-80.

Fukase K, Kato M, Kikuchi S, et al. Effect of eradication of *Helicobacter pylori* on incidence of metachronous gastric carcinoma after endoscopic resection of early gastric cancer: an open-label, randomised controlled trial. *Lancet.* 2008;372:392-7.

Gotoda T, Iwasaki M, Kusano C, et al. Endoscopic resection of early gastric cancer treated by guideline and expanded National Cancer Centre criteria. *Br J Surg.* 2010;97:868-71.

Hirota WK, Zuckerman MJ, Adler DG, et al. ASGE guideline: the role of endoscopy in the surveillance of premalignant conditions of the upper GI tract. *Gastrointest Endosc.* 2006;63:570-80.

Huntsman DG, Carneiro F, Lewis FR, et al. Early gastric cancer in young, asymptomatic carriers of germ-line E-cadherine mutations. *N Engl J Med.* 2001;344:1904-9.

Liegl-Atzwanger B, Fletcher JA, Fletcher CD. Gastrointestinal stromal tumors. *Virchows Arch.* 2010; 456:111-27.

Oliveira C, Seruca R, Carneiro F. Hereditary gastric cancer. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2009;23: 147-57