

Pregunta PICO 2: ¿Cuál es la precisión diagnóstica de la cromoendoscopia virtual (imágenes con banda estrecha) comparada con la endoscopia luz blanca en el diagnóstico de cáncer gástrico temprano?

Resumen de la evidencia

Métodos de revisión

Previamente, se elaboró un protocolo de revisión sistemática que puede ser revisado en extenso en el **Anexo P2** (Tabla N°1). Las búsquedas de literatura electrónica se realizaron con MEDLINE y LILACS (base de datos BIREME) del 1 de enero de 1990 al 1 de diciembre de 2017, según el algoritmo de búsqueda presentado en el **Anexo P2** (Tabla N°2). Entre los términos de búsqueda se consideraron: “narrow band”, “narrow band imaging”, “NBI”, “electronic chromoendoscopy”, “digital chromoendoscopy”, “optical chromoendoscopy” y “stomach cáncer”. En una primera etapa se realizó la búsqueda con límite a revisiones sistemáticas, y en una segunda dirigida a estudios primarios. Se revisaron las citas contenidas en la bibliografía de las revisiones sistemáticas y artículos relevantes a fin de identificar estudios adicionales que reunieran los criterios de inclusión.

Para ser elegible, los estudios debían cumplir los siguientes criterios: a) una muestra mínima de 10 pacientes, b) confirmación histológica de la lesión, c) suficientes datos para construir una tabla de contingencia (2x2). d) técnica de comparación endoscopia con luz blanca convencional con la misma población. e) estudios publicados en revistas revisadas por pares en inglés. Los estudios fueron excluidos según los siguientes criterios: a) estudios sin confirmación patológica del tipo de lesión, b) técnica de intervención o comparación otras técnicas distintas a magnificación de banda estrecha y el de luz blanca convencional, por ejemplo, la tinción in vivo, u otras distintas a técnicas de magnificación con banda estrecha, c) resúmenes, actas de congresos, editoriales / cartas, y reportes del caso.

Búsqueda de la literatura

Inicialmente se realizó una búsqueda sistemática limitada a revisiones sistemáticas en MEDLINE y LILACS, resultando en total 10 referencias que se revisaron a texto completo, de las cuales se seleccionaron cuatro (Hu 2015, Kikuste 2013, Lv 2015, Zhang 2016) que cumplían con los criterios de inclusión del estudio y son la fuente de 6 estudios primarios (**Anexo P2**, Figura N°1). La evaluación de la calidad de las RS utilizando la herramienta AMSTAR-2 se encontró en un rango de 46% (Kikuste 2013) a 75% (Lv 2015) (**Anexo P2**, Tabla N°3)

Seguidamente se realizó, una búsqueda de estudios individuales, identificando en total 284 estudios sin duplicados en las dos bases de datos, se evaluaron 12 a texto completo, de estos finalmente se incluyó un estudio (Yu 2015) que se suma a los 6 estudios identificados a partir de las Revisiones Sistemáticas (Ezoe 2010, Ezoe 2011, Kato 2010, Maki 2013, Miwa 2012, Tao 2014) (**Anexo P2**, Figura N°1)

Características de los estudios incluidos

De los 7 estudios incluidos, cinco se realizaron en Japón (Ezoe 2010, Ezoe 2011, Kato 2010, Maki 2013, Miwa 2012) y dos en China (Tao 2014, Yu 2015). El número de pacientes en los estudios incluidos fue variable, con un rango comprendido entre 53 (Ezoe 2010) a 3 616 (Yu 2015). Asimismo, variaron en el momento en el que se hizo el diagnóstico; en tres estudios se hizo en

tiempo real (Ezoe 2010, Ezoe 2011, Kato 2010) y en el resto se hizo posterior al procedimiento (es decir revisando las imágenes a posteriori) (**Anexo P2**, Tabla N°5).

Resultados

Sensibilidad y especificidad

Se incluyeron los 7 estudios identificados para calcular, de manera agrupada, los valores de sensibilidad y especificidad de ambas pruebas respecto al gold estándar en cada estudio que fue el resultado de anatomía patológica. La sensibilidad y especificidad de la endoscopia con magnificación de banda estrecha fue de 86% (95% IC: 76%-92%) y 97% (95% IC: 93% a 99%) respectivamente, en comparación la sensibilidad y especificidad de la endoscopia convencional con luz blanca 56% (95% IC: 42% a 69%), y 84% (95% IC: 62% a 94%).

Figura P2.1. Endoscopia convencional luz blanca

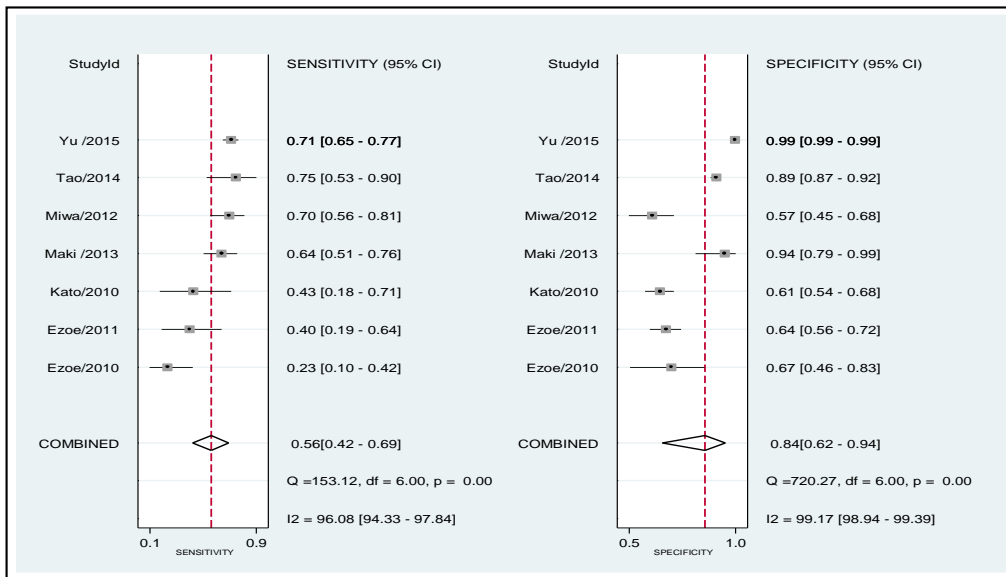
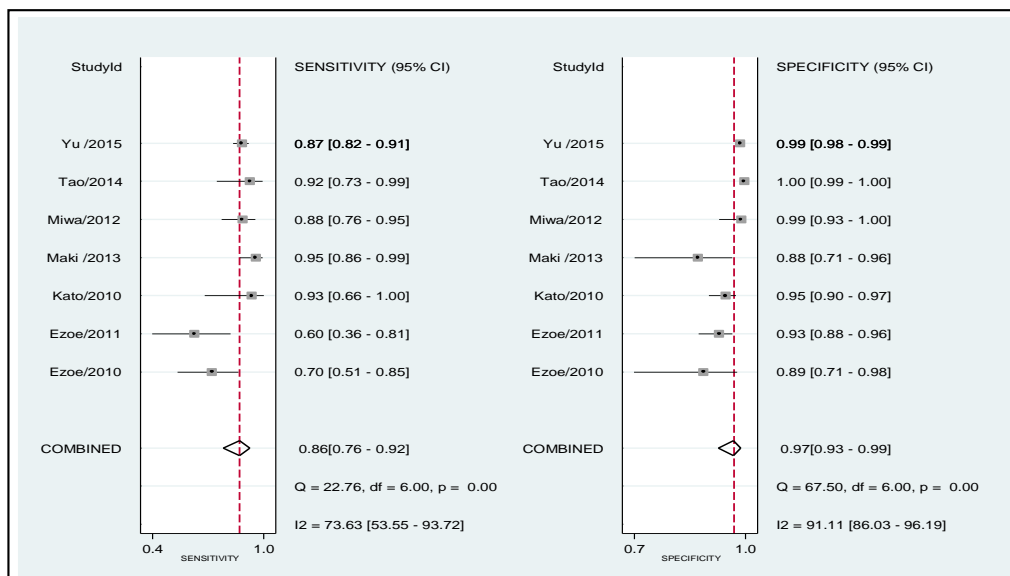


Figura P2.2. Endoscopia de magnificación con banda estrecha (magnification narrow banding)



Graduación GRADE de la evidencia a la recomendación

La calidad de la evidencia se evaluó siguiendo las recomendaciones del sistema GRADE (**Anexo P2, Tabla N°8**). Respecto al riesgo de sesgo en los siete estudios incluidos no se encontró alto riesgo de sesgo (6/7 estudios con riesgo de sesgo bajo según la escala QUADAS). Se encontró alta heterogeneidad en los resultados agrupados de sensibilidad y especificidad (73% y 91% respectivamente). La confianza en la certeza de los resultados reportados se considera moderada para ambos estimadores de precisión por un problema serio de evidencia indirecta, por la inclusión de pacientes con probabilidades pre-test muy heterogénea, la inclusión de pacientes con mayor riesgo de presentar lesiones gástricas.

Valores y preferencias

No se realizó una revisión sistemática específica para este tópico. Sin embargo, el panel de expertos aportó consideraciones relevantes para la formulación de la recomendación (**Anexo P2, Tabla N°9**). El panel advirtió que la endoscopia de MBN podría requerir mayor tiempo de realización de la prueba, sin embargo, un menor número de resultados falsos positivos reduciría la carga que supone un resultado de este tipo en los pacientes. Y en el caso de presentar un resultado positivo el diagnóstico temprano facilitaría las opciones de tratamiento oportuno.

Uso de recursos

No se realizó una revisión sistemática específica para este tópico. Sin embargo, el panel informó que el costo de la tecnología para realizar la endoscopia con magnificación en banda estrecha es alto (**Anexo P2, Tabla N°9**). Especialmente al inicio puede suponer un costo alto. Además, requiere de proceso de aprendizaje de la técnica, hasta obtener una curva de aprendizaje óptima los costos pueden ser elevados en la primera etapa post implantación.

Costo- efectividad

El panel de expertos consideró que el perfil de costo-efectividad probablemente favorece a la endoscopia de magnificación con banda estrecha en comparación a la endoscopia con luz convencional (**Anexo P2, Tabla N°9**). Se valoró que la intervención tiene un mejor perfil de efectividad y que podría representar un menor costo. Sin embargo, hacen falta estudios de costo efectividad en nuestro medio.

Recomendación Clínica

El panel de expertos **recomienda** el uso de la endoscopia de magnificación en banda estrecha frente a la endoscopia de luz convencional para el diagnóstico de cáncer gástrico en etapas tempranas en pacientes con riesgo de presentar lesiones gástricas (***certeza moderada de la evidencia***).

Observación: La sensibilidad y especificidad de la endoscopia con magnificación en banda estrecha son superiores a los valores de sensibilidad y especificidad de la endoscopia con luz blanca convencional. Esta técnica es especialmente útil en pacientes con lesiones elevadas, con sensibilidad superior a la endoscopia con LC tanto en lesiones deprimidas y elevadas, mientras la especificidad es similar (Anexo P2, Tabla 7). El panel de expertos recomienda que la Institución considere la implementación de equipos con magnificación en los hospitales nacionales. Mientras se desarrolle este proceso, recomienda continuar con las técnicas

diagnósticas habituales incluyendo la endoscopia convencional con luz blanca entre otras al considerarse que cuentan con nivel de precisión diagnóstica aceptable (Anexo P2, Tabla 9)

Consideraciones para la implementación

Las principales consideraciones para la implementación de esta tecnología comprenden el establecimiento de un programa de mantenimiento preventivo de los equipos, la evaluación de los resultados anualmente y su comparación con estándares internacionales.

Los expertos consideraron la posibilidad de implementar un programa de tamizaje de Cáncer Gástrico en la población asegurada por la alta prevalencia de cáncer gástrico en nuestro país. del mismo modo proponen realizar estudios comparativos entre luz blanca y MNB en nuestro medio, así como estudios de costo efectividad locales (Anexo P2, Tabla 9).