

Pregunta PICO 5: ¿Cuál es la precisión diagnóstica de la resonancia magnética versus la ultrasonografía endoscópica en el estadiaje locorregional del cáncer gástrico primario?

Resumen de la evidencia

Métodos de revisión

Se elaboró un protocolo de revisión sistemática el cual puede ser revisado en extenso en el (**Anexo P5**, Tabla N°1). Brevemente se realizó una búsqueda de literatura biomédica en Medline, Cochrane Library y LILACS del 1 de enero de 1990 al 1 de diciembre, 2017, según el algoritmo de búsqueda preestablecido (**Anexo P5**, Tabla N°2). Entre los términos de buscar términos incluidos “cáncer gástrico”, “estadiaje”, “ultrasonografía” y “resonancia magnética”. Para ser elegible, los estudios debían cumplir los siguientes criterios: (1) haber reportado la sensibilidad y especificidad (o dato que permita completar una tabla 2x2) del estadiaje preoperatorio T o N de forma simultánea con CT y USE, (2) pacientes con reciente diagnóstico de adenocarcinoma gástrico con confirmación histopatológica ; (3) los pacientes se sometieron a cirugía, y la estadificación preoperatoria se comparó con la estadificación patológica postoperatoria; (4) estudios con un mínimo de 30 pacientes; y (5) estudios publicados en revistas con revisión por pares; (6) idioma Inglés o Español.

Búsqueda de la literatura

Inicialmente se buscaron revisiones sistemáticas previas que evaluaran ambas pruebas de imágenes. Se identificaron cinco revisiones sistemáticas (Nie 2017, Mocellin 2015, Pie 2015, Kwee 2007, Kwee 2009), las cuales tuvieron una evaluación de calidad basado en la herramienta AMSTAR2 de 41% (Kwee 2009) a 72% (Nie 2017) de los dominios evaluados (**Anexo P5**, Tabla N°3). Ninguno de los estudios cumplió los criterios de inclusión para ser incluido debido a que no se basó en comparaciones directas entre la ultrasonografía endoscópica y la resonancia magnética.

Seguidamente se realizó, una búsqueda de estudios individuales, se identificaron 142 estudios en las bases de datos de los cuales se evaluaron 2 a texto completo de los cuales se incluyó los 2 estudios que presentaban información sobre estadiaje T o N en pacientes con diagnóstico reciente de cáncer gástrico (**Anexo P5**, Figura N°1).

Características de los estudios incluidos

De los 2 estudios incluidos (Lei 2017, Giganti 2016), uno fue realizado en Italia (Giganti 2016), y el otro en China (Lei 2017). El número de pacientes en los estudios incluidos fue pequeño y varió entre 38 (Lei 2017) a 52 (Giganti 2016) (**Anexo P5**, Tabla N°5).

Resultados

Estadiaje de enfermedad en extensión (T)

Solo se identificó un estudio de los que se pudo extraer información directa para cada una de las pruebas de imágenes de interés (Lei 2017). La sensibilidad y especificidad de la resonancia magnética fue de 90% (95% IC 68% a 99%) y de 84% (95% IC 60% a 97%) respectivamente, en comparación la sensibilidad y especificidad de la ultrasonografía endoscópica fue de 90% (95% IC 68% a 99%) y de 90% (95% IC 67% a 99%).

Estadaje de compromiso linfático (N)

Se incluyeron un total de 2 estudios en el análisis que reportaron la precisión diagnóstica de ambas pruebas para la identificación del compromiso linfático a partir del estadio N1 en adelante (N+) (Lei 2017, Giganti 2016). La sensibilidad y especificidad de la resonancia magnética fue de 77% (95% IC 64% a 88%) y de 78% (95% IC 63% a 90%) respectivamente, en comparación la sensibilidad y especificidad de la ultrasonografía endoscópica fue de 84% (95% IC 72% a 93%) y de 80% (95% IC 66% a 92%).

Figura P5.1. Sensibilidad de la detección de estadio N+ por resonancia magnética (con difusión) versus ultrasonografía endoscópica.

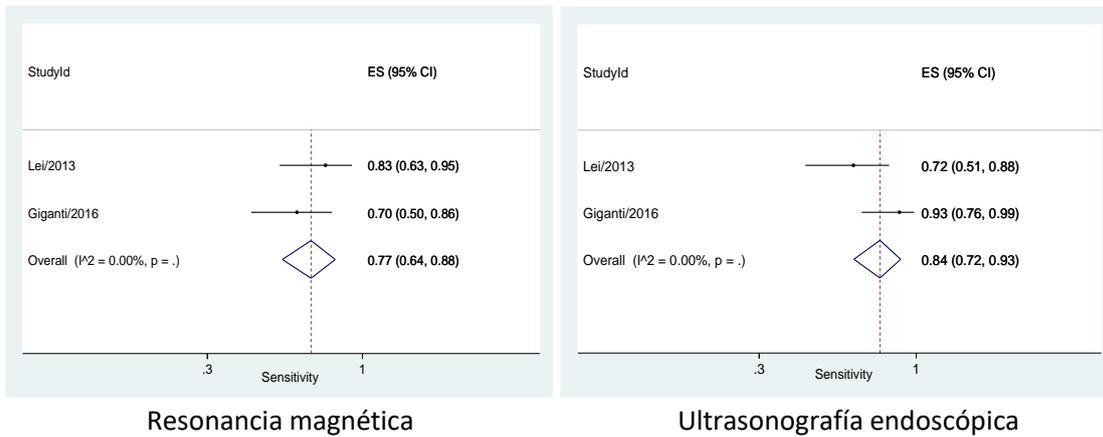
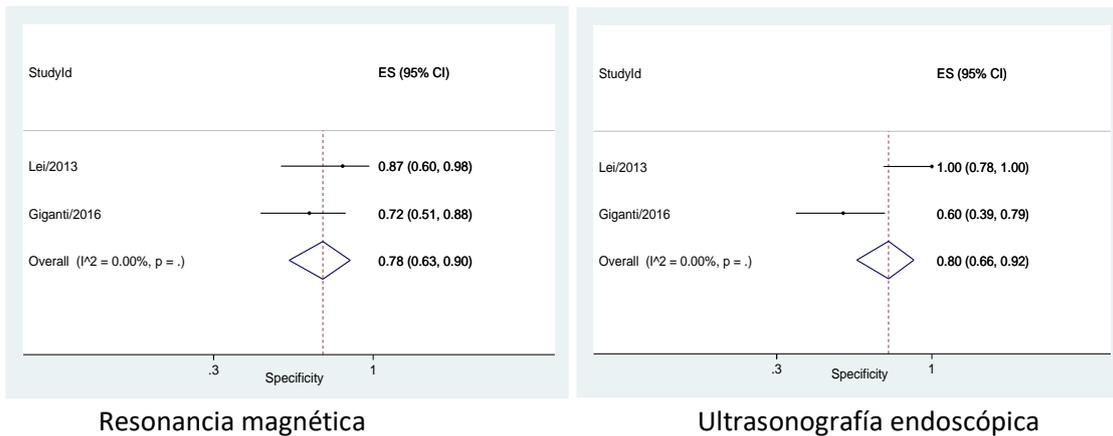


Figura P5.2. Especificidad de la detección de estadio N+ por resonancia magnética versus ultrasonografía endoscópica.



Graduación GRADE de la evidencia a la recomendación

La calidad de la evidencia se evaluó siguiendo las recomendaciones del sistema GRADE (**Anexo P5**, Tabla N°7 y N°8). En general se consideró una baja certeza de la evidencia debido un riesgo de sesgo e imprecisión importante de los estimados de rendimiento diagnóstico para ambas pruebas.

Valores y preferencias

No se realizó una revisión sistemática específica para este tópico, sin embargo, el panel de expertos aportó consideraciones al respecto en las reuniones de formulación de recomendación (**Anexo P5**, Tabla N°8).

Uso de Recursos

No se realizó una revisión sistemática específica para este tópico, sin embargo, el panel de expertos aportó consideraciones al respecto en las reuniones de formulación de recomendación (**Anexo P5**, Tabla N°8).

Recomendación Clínica

Observación: Esta PICO fue evaluada posterior a la PICO3 y PICO4 las cuales concluyeron con una recomendación fuerte a favor de la TAC frente a la RM y con una recomendación condicional a favor la USE frente a la TAC.

Por tanto, no se consideró necesario evaluar la USE frente a la RM, en vista a la limitada evidencia existente y a las dos recomendaciones previas, que hacen previsible la superioridad de la USE.