

ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN GATOS: INDISPENSABLE EN MEDICINA FELINA

Marisa Palmero
Acreditada Medicina Felina AVEPA
Especialista en Endoscopia (SpecEaMIS)
Directora Hospital Gattos, Madrid

La enfermedad inflamatoria intestinal crónica felina (IBD), junto con el linfoma de bajo grado (LBG), son dos de las patologías más frecuentes en gatos con síntomas crónicos digestivos. Su diagnóstico requiere de la toma de biopsias de intestino delgado, en pacientes donde los signos ecográficos apoyen la presencia de IBD o LBG y en los que se haya realizado un diagnóstico de exclusión de otras patologías que cursen con signos crónicos digestivos.

El Linfoma de bajo grado de malignidad (LBG) o linfoma linfocítico de células pequeñas, es un tumor de células T, con origen en la mucosa y que afecta generalmente a gatos mayores. Actualmente el LBG representa el 10-13% de todos los linfomas felinos, siendo un linfoma con buen pronóstico, al tener una sobrevida elevada. Representa una patología con incidencia cada vez mayor en la población felina de edad avanzada.

Hasta hace poco, ha sido habitual la toma de biopsias por endoscopia en los gatos únicamente de estómago y duodeno, debido a que la biopsia de yeyuno e íleon no era realizada por dificultades técnicas relacionadas con el tamaño del endoscopio. Sin embargo, esto puede conducir a un diagnóstico erróneo.

Según los datos preliminares de un estudio que estamos llevando a cabo en el Hospital Gattos, sobre biopsias de un total de 132 gatos, realizadas en el periodo de los últimos 9 meses, en gatos con edades comprendidas entre el año y los 18 años, un 25% tuvieron un diagnóstico definitivo de LBG. Las edades oscilaban entre los 5 años y los 17 años, siendo más habitual en gatos mayores de 10 años.

De los gatos con un diagnóstico final de LBG:

- Un 9% lo tuvieron solo en el yeyuno
- Un 21% lo tuvieron sólo en el íleon
- Un 6% lo tuvieron sólo en yeyuno e íleon

En todos ellos, en los tramos intestinales en los que no había LBG, tenían una enteritis linfoplasmocitaria desde leve a severa, mientras que el estómago o no tenía ninguna alteración o tenía gastritis linfoplasmocitaria. Por tanto, si se hubiera tomado biopsia endoscópica sólo de estómago y duodeno, el diagnóstico hubiera sido erróneo.

- Un 15% tuvieron LBG sólo en duodeno y yeyuno, mientras que en íleon tuvieron enteritis linfoplasmocitaria.
- Un 46% tuvieron LBG en todos los tramos, duodeno, yeyuno e íleon. En todos ellos el estómago era normal o con inflamado leve linfoplasmocitario.

Además, se encontraron 10 pacientes en los que la biopsia encontró infiltrados linfoplasmocitarios en uno o varios tramos intestinales, pudiendo ser este hallazgo compatible o no con LBG., Esto supone que en un 26% de los pacientes con posible LBG fuera necesaria la realización de pruebas de clonalidad sobre biopsias, prueba que es solicitada por el servicio de anatomopatología.

Tras realización de pruebas de clonalidad, en 6/10 se descartó el LBG (60%) y en 4/10 se confirmó el LBG (40%). Por lo tanto, puede ser necesaria pruebas de clonalidad además de biopsia anatomopatológica para alcanzar el diagnóstico definitivo de LBG.

Estos datos concuerdan con los datos publicados por la autora en un estudio de menor muestra realizado en el años 2008 ⁽³⁾

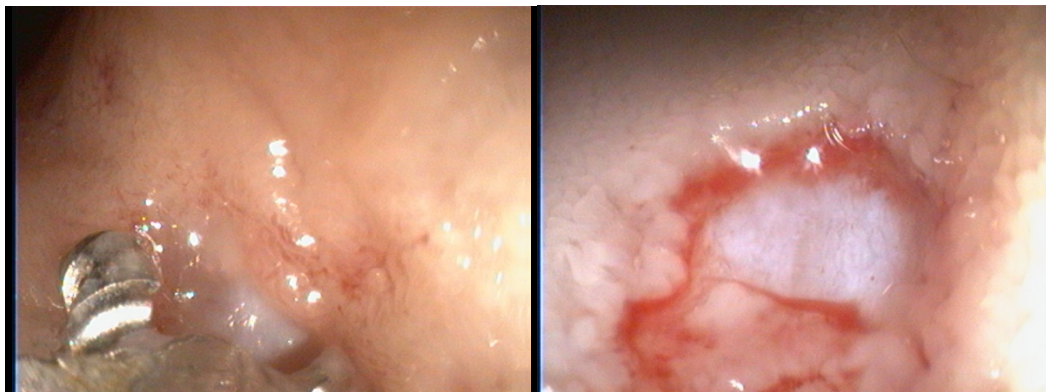
Debemos recordar que la endoscopia gastrointestinal es una herramienta muy importante para el diagnóstico de LBG e IBD. Sin embargo, sigue siendo cuestionada como técnica para obtener muestras adecuadas para el diagnóstico de LBG.

Esto se debe a que en estudios realizados hace años ⁽⁴⁾, se cuestionó la utilidad diagnóstica de la biopsia endoscópica para el LBG, al comparar biopsias endoscópicas de gatos, con biopsias de grosor completo obtenidas por laparotomía o laparoscopia del mismo paciente. Pero en este estudio no se accedió al duodeno endoscópicamente en todos los pacientes, se tomaron biopsias de ileon a ciegas y se tomó un número inadecuado de biopsias, ya que fue publicado antes de las actuales guías WASAVA, hechos que contribuyeron a los resultados del estudio. En cambio, estudios posteriores ^(5,1) comprobaron la utilidad de la biopsia endoscópica frente a biopsias de grosor completo ya que el LBG no infiltra hasta la capa muscular propia, sino que ocasiona un infiltrado en la mucosa, lámina propia y muscular de la mucosa (transmural leve) o hasta submucosa (transmural profunda).

Por tanto, las biopsias endoscópicas marginales, al alcanzar la lámina propia de la mucosa, y las biopsias adecuadas, al alcanzar la muscular de la mucosa, son adecuadas el diagnóstico de LBG, no siendo necesario biopsia de grosor completo para alcanzar la muscular propia ya que en esta capa no asienta este tumor.

Para tomar una adecuada muestra de biopsia, se debe elegir un punto de la mucosa de cada tramo intestinal, duodeno, yeyuno e ileon, y tomar en ese mismo punto al menos entre 5-6 muestras ya que la pinza de biopsia utilizada en la endoscopia felina es de tan solo 1 mm.

Ileon durante biopsia



Independientemente de que se tomen biopsias endoscópicas o biopsias de grosor completo quirúrgicas, la dificultad para los patólogos estriba en la diferenciación entre IBD severo y LBG. Mediante inmunofenotipado se comprobó que algunos gatos diagnosticados previamente con LBG mediante biopsias quirúrgicas de grosor completo, tenían realmente un infiltrado constituido por linfocitos T y B pequeños y células plasmáticas, por lo que fueron rediagnosticados como pacientes con IBD y no con LBG ⁽⁶⁾. En otro estudio, el uso de inmunofenotipado y análisis de clonalidad de los infiltrados linfoides mediante PCR obtuvo que en 10/19 casos diagnosticados como inflamación fueran reclasificados como LBG, mientras que en tres casos, el LBG se reclasificaron como IBD ⁽⁷⁾

Por ello, tanto en biopsias endoscópicas como en biopsias de grosor completo quirúrgicas, técnicas como el inmunofenotipado o inmunohistoquímica y el PCR para determinar la clonalidad de linfocitos T y B, son de gran ayuda para diferenciar IBD de LBG. Ambas técnicas pueden realizarse sobre muestras montadas en parafina y es el anatomopatólogo quien decidirá si deben o no emplearse.

CONCLUSIÓN

En la actualidad, el empleo de videogastroskopios, adaptados específicamente al tamaño del intestino del gato, permiten el acceso endoscópico y posterior toma de biopsias, de todos los tramos de intestino delgado lo que es indispensable para el adecuado diagnóstico de LBG en el gato. La biopsia endoscópica es una técnica adecuada para el diagnóstico de LBG en la especie felina, una patología cada vez más frecuente en los gatos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Daniaux, L. A., Laurenson, M. P., Marks, S. L., *et al.* Ultrasonographic thickening of the muscularis propria in feline small intestinal small cell T-cell lymphoma and inflammatory bowel disease. *Journal of Feline Medicine & Surgery* 16, 89-98. (2014)
2. Montoya, B, Palmero, M, Carballes, V, Dessal, F, y Monje, C. Hallazgos ecográficos en gatos con enfermedad intestinal inflamatoria y linfoma digestivo de bajo grado. Congreso IMPROVE gastroenterología. Madrid, 2018
3. Palmero, M, Carballes, V, Dessal, F, Montoya, B y Monje, C. Biopsia endoscópica de duodeno, yeyuno e íleon en 46 gatos para el diagnóstico de IBD y Linfoma de bajo grado. *Journal Medicina Interna. Revista Española de Medicina Interna de pequeños Animales*. Vol 1, 2018
4. Evans S, Bonczynski J, Broussard J, *et al.* Comparison of endoscopic and full-thickness biopsy specimens for diagnosis of inflammatory bowel disease and alimentary tract lymphoma in cats. *J Am Vet Med Assoc* 2006;229:1447–1450
5. Willard MD, Mansell J, Fosgate GT, *et al.* Effect of simple quality on the sensitivity of endoscopic biopsy for detecting gastric and duodenal lesions in dogs and cats. *J Vet Intern Med* 2008; 22:1084–1089.
6. Waly NE, Gruffydd-Jones TJ, Stokes CR and Day MJ. Immunohistochemical diagnosis of alimentary lymphomas and severe intestinal inflammation in cats. *J Comp Pathol* 2005; 133: 253–260.
7. Kiupel M, Smedley RC, Pfent C, *et al.* Diagnostic algorithm to differentiate lymphoma from inflammation in feline small intestinal biopsy samples. *Vet Pathol* 2011;48:212–222.