

EN EL ENTORNO AMBULATORIO

Ambu® aScope™ 4 RhinoLaryngo Intervention



Ambu

La práctica estándar para la obtención de tejido para el diagnóstico de lesiones en la laringe, la orofaringe y la hipofaringe ha sido el uso de la anestesia general en el quirófano. Este procedimiento requiere una mayor cantidad de recursos, por ejemplo, programar la hora del quirófano, requerir una cama de hospital de día o de noche, además de conllevar el riesgo de que la anestesia general no sea adecuada para algunos pacientes. Durante la pandemia de COVID-19, el acceso al quirófano se ha reducido significativamente, lo que ha prolongado los tiempos de espera para el diagnóstico y ha puesto en riesgo el diagnóstico y el tratamiento precoces.¹

La llegada de los endoscopios flexibles con canal de biopsia ha permitido técnicamente a los médicos realizar biopsias en la consulta con anestesia local durante la investigación inicial. Las publicaciones sobre la biopsia de la vía aérea

superior en la consulta coinciden en que este procedimiento es seguro, factible, rentable y fácil de realizar.²⁻⁶ Lo más importante es que, con frecuencia, se puede realizar una biopsia en la consulta durante la visita inicial del paciente o durante una visita de seguimiento, lo que reduce el retraso en el diagnóstico.⁷

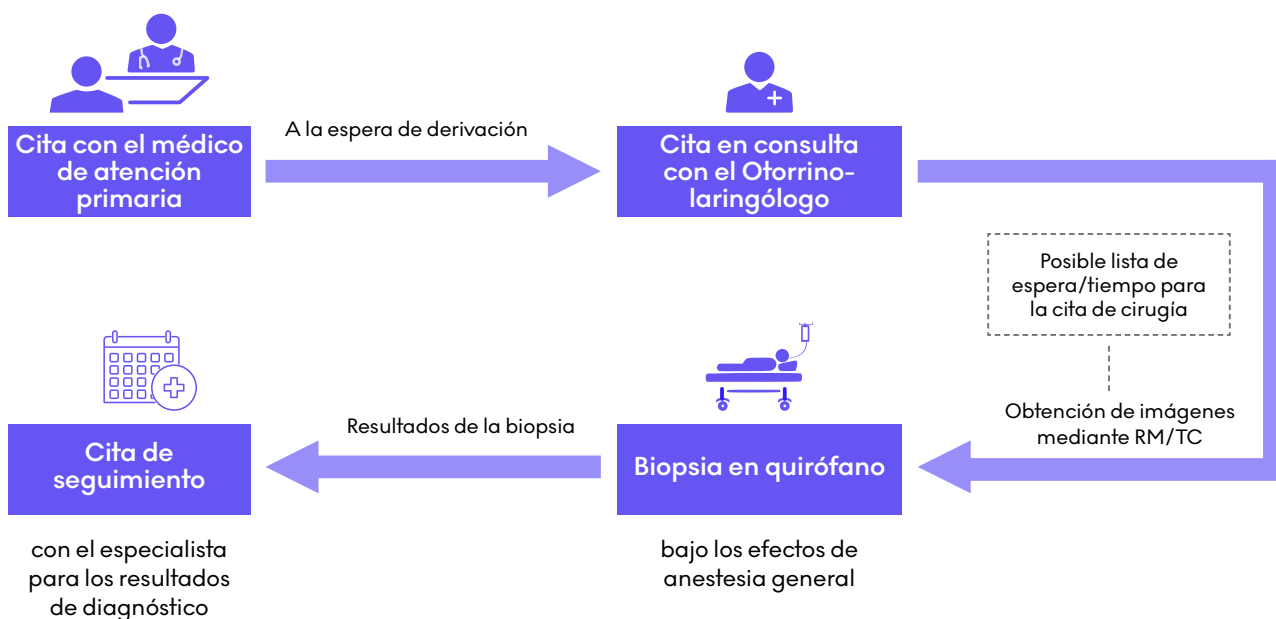
El Ambu® aScope™ 4 RhinoLaryngo Intervention cuenta con un canal de trabajo de 2,2 mm para la inserción de pinzas de biopsia y otros accesorios endoscópicos, y es una buena opción para los procedimientos terapéuticos. Está disponible en todo momento, no requiere ningún tipo de manipulación tras el procedimiento y supone un coste de inversión reducido, lo que hace que sea especialmente adecuado para la realización de biopsias en clínicas ambulatorias.

LA BIOPSIA EN CONSULTA COMO MÉTODO COMPLEMENTARIO

Traslado de los procedimientos de biopsia del quirófano al entorno ambulatorio

Procedimiento actual de la vía asistencial

Biopsia en el quirófano



Recorrido del paciente optimizado

Biopsia en la consulta con rinolaringoscopio flexible



Ventajas de la biopsia en la consulta



Minimización de costes

Varios estudios europeos también concluyeron que la biopsia en la consulta minimiza los costes. El coste medio notificado por procedimiento para la biopsia en la consulta obtenido a través de tres estudios es de **899 €** frente a los **3669 €** de la biopsia en quirófano.³⁻⁵

En el Reino Unido, Scottish Health Technologies Group llevó a cabo un análisis de impacto presupuestario y descubrió que el ahorro anual medio de recursos al realizar biopsias en consulta durante un periodo de 5 años era superior a **£400.000**.²



Mejora el recorrido y los resultados del paciente

Seguro y eficiente:

La biopsia en la consulta mostró una sensibilidad y especificidad del 71% y del 97% a la hora de identificar neoplasias en pacientes con sospecha de lesiones laríngeas y faríngeas. Por lo general, la biopsia en la consulta fue segura, con bajas tasas de complicaciones.²

Reduce el tiempo de diagnóstico:

La biopsia en la consulta redujo el tiempo medio desde la consulta hasta la biopsia a 8 días de media.⁷ El tiempo total hasta el inicio del tratamiento también se redujo significativamente (**en la consulta: 24,2 ± 13,9 días en comparación con el tiempo habitual: 48,8 ± 49,4 días**). Estos resultados se obtuvieron tras un análisis retrospectivo de 116 pacientes sometidos a biopsia de orofaringe, larínge o hipofaringe en la consulta¹³.

El entorno de la consulta permite realizar procedimientos sin anestesia general²

Ventajas para el centro

- Posibilidad de acortar la lista de espera para quirófano y priorizar procedimientos otorrinolaringológicos más complejos.⁷
- Visualización de la lesión designada, ya que los pacientes despiertos pueden controlar la función laríngea.⁶
- Entorno ambulatorio, evita la hospitalización nocturna.⁷



PRUEBAS CLÍNICAS

Ejemplos de casos prácticos de biopsia en la consulta con el aScope 4 RhinoLaryngo¹⁴

Vivek Kauchek, especialista otorrinolaringólogo, cirujano tiroideo y responsable clínico de otorrinolaringología del Hospital Stepping Hill, Stockport

CASO N.º 1 TUMOR DE VALLÉCULA, T3 N0 M0

PRESENTACIÓN CLÍNICA: Anomalía epiglótica incidental detectada durante una gastroscopia para investigar una situación de hematemesis. La evaluación anestésica consideró que el paciente tenía un alto riesgo en caso de utilizar anestesia general. Las imágenes de TC y RM encontraron una masa sólida de 16mm en la vallécula derecha. Se realizaron con éxito dos biopsias en el lugar primario con el Ambu aScope 4 RhinoLaryngo Intervention.

UBICACIÓN: Paciente ingresado en planta médica

DIAGNÓSTICO DE BIOPSIA: carcinoma de células escamosas (CCE) in situ con sospecha de focos de CCE invasivo

RESULTADO DEL TRATAMIENTO: tratamiento con radioterapia radical con un propósito curativo

CASO N.º 2 TUMOR REMANENTE DE AMÍDGALAS, T3 N2B M0, P16+

PRESENTACIÓN CLÍNICA: El paciente presentaba disfagia progresiva y se observó un tumor en el lado derecho durante la laringoscopia fibroóptica. El tumor no era visible en la exploración oral, ya que el paciente era de clase 3 (clasificación de Mallampati). Esto también significaba que el tumor no era susceptible a una biopsia transoral. Las comorbilidades del paciente incluyeron apnea obstructiva del sueño, hipertensión, gota y reflujo gastroesofágico. En el momento de la presentación, había una escasez de camas hospitalarias debido a la COVID-19. El paciente no era apto para RM; sin embargo, la TC mostró un gran aumento de la masa de la amígdala derecha, constriñendo gravemente la orofaringe y con 48 mm de extensión craneocaudal. Se obtuvieron dos biopsias con el aScope 4 RhinoLaryngo Intervention en el lugar primario ese mismo día.

UBICACIÓN: Servicio de urgencias atendido

DIAGNÓSTICO POR BIOPSIA: El resultado de la biopsia mostró una displasia leve-moderada. La biopsia posterior de aguja-núcleo tomada de los ganglios cervicales (el día 11) confirmó CCE metastásico, que era P16+

RESULTADO DEL MDT: tratamiento con quimioterapia con un propósito curativo

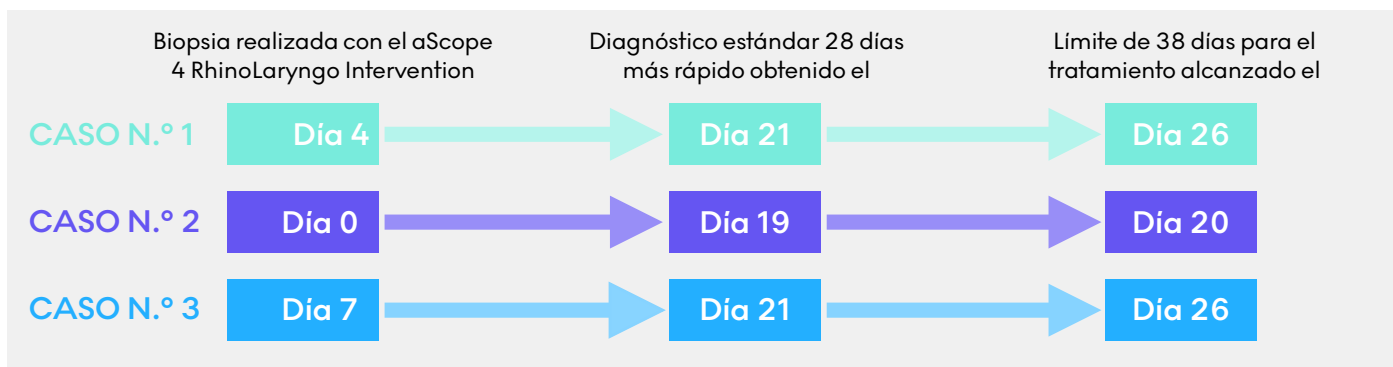
CASO N.º 3 TUMOR EN LA BASE DE LA LENGUA, T2 N2B M0, P16+

PRESENTACIÓN CLÍNICA: Se derivó al paciente a la clínica tras dos meses de disfagia progresiva y episodios de regurgitación. El paciente era consciente de la presencia de un bulto en el lado izquierdo del cuello, pérdida de peso y se detectó un sutil cambio en el tono del habla durante la consulta. El paciente estaba en forma y en buen estado, por lo que se programó una panendoscopia y biopsia con AG. Se solicitó una biopsia de aguja-núcleo guiada por ultrasonidos en los ganglios cervicales. Las imágenes de TC y RM mostraron una masa de 25 x 34mm en la base de la lengua (lado posterior izquierdo) con constricción de la orofaringe. Tras analizar el caso, se determinó que la biopsia se obtendría con el aScope 4 RhinoLaryngo Slim. No fue necesaria la biopsia del lugar primario con anestesia general ni la biopsia de aguja-núcleo de los ganglios cervicales programada para los días 15 y 25.

UBICACIÓN: Paciente ambulatorio atendido

DIAGNÓSTICO POR BIOPSIA: SCC, P16+

RESULTADO DEL MDT: tratamiento con quimioterapia con un propósito curativo



CONCLUSIÓN



En los tres casos, la biopsia en la consulta con aScope 4 RhinoLaryngo Intervention acortaba el recorrido del paciente hacia su tratamiento. En los tres casos, fue posible evitar la anestesia general, la cirugía y la necesidad de una cama quirúrgica postoperatoria. Ayudó a alcanzar el diagnóstico estándar 28 días antes, garantizando el cumplimiento del límite de 38 días para la derivación al centro de tratamiento. En consecuencia, los pacientes pudieron iniciar antes los tratamientos contra el cáncer. Estos tres casos muestran que aScope RhinoLaryngo Intervention y la biopsia precoz con anestesia tópica ofrecen un rendimiento prometedor y podrían tener un lugar en el diagnóstico de los diferentes cánceres de otorrinolaringología. Otras pruebas deben demostrar su papel exacto.

Primeras experiencias con un nuevo rinolaringoscopio flexible de un solo uso con canal de trabajo: un estudio preliminar

Becker et al. 2019¹⁵

OBJETIVO

Adquirir las primeras experiencias con el nuevo aScope 4 Rhino Laryngo Intervention.

MÉTODO

Fueron examinados 10 pacientes consecutivos con una indicación para una rinolaringoscopia con el aScope 4 RhinoLaryngo Intervention por 6 profesionales distintos en 18 procedimientos

Los procedimientos incluyeron rinolaringoscopia (n=15) y rinolaringoscopia con biopsia (n=3; de la cavidad nasal, la laringe y la hipofaringe, respectivamente).

Los médicos rellenaron un cuestionario sobre la calidad de la imagen, la maniobrabilidad, la ergonomía del mango y la impresión general del sistema en una escala de 5 puntos (de 1, muy deficiente, a 5, muy buena).

Se evaluaron las complicaciones (epistaxis o dolor).

PRINCIPALES RESULTADOS

- La evaluación general, la ergonomía del mango, la maniobrabilidad y la calidad de la imagen se valoraron, de media, por encima de la puntuación «buena» (fig. 1).
- La maniobrabilidad sin un instrumento y con un instrumento se puntuó con 4,50 y 4,0, respectivamente (Fig. 2).
- Se produjo un caso de epistaxis leve, que se trató con un tratamiento conservador.¹⁵
- El Ambu aScope 4 RhinoLaryngo Intervention puede ser una alternativa adecuada a otros sistemas convencionales. Es necesario llevar a cabo otros estudios con más pacientes y centrados también en el canal de trabajo¹⁵

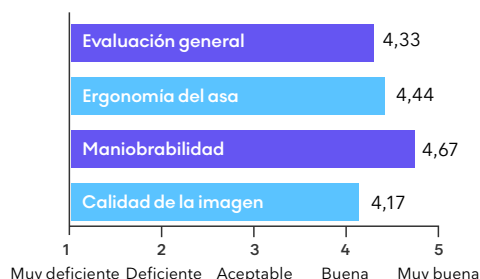


Fig. 1. Evaluación de las características del aScope 4 RhinoLaryngo Intervention

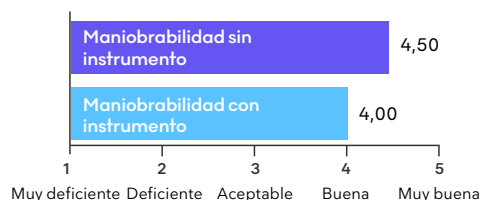


Fig. 2. Evaluación de la maniobrabilidad del aScope 4 RhinoLaryngo Intervention con y sin el uso de un instrumento

BIBLIOGRAFÍA

1. Al-Jabir, A., Kerwan, A., Nicola, M., Alsafi, Z., Khan, M., Sohrabi, C. et al. Impact of the Coronavirus (COVID-19) pandemic on surgical practice - Part 1. *Int J Surg.* 2020; 79:168-79.
2. Scotland, H.I. 2018. What is the clinical and cost effectiveness of outpatient biopsy for diagnosis of suspicious lesions of the larynx, pharynx and tongue base? In response to an enquiry from Queen Elizabeth University Hospital, NHS Greater Glasgow and Clyde, [online] Evidence Note(Number 84). Disponible en: <http://file:///C:/Users/smp/Downloads/Evidence-Note-84-Outpatient-Biopsies.pdf> [Consultado el 9 de abril de 2021].
3. Wellenstein, D.J., Honings, J., Schutte, H.W., Herruer, J.M., van den Hoogen, F.J.A., Marres, H.A.M. et al. Cost analysis of office-based transnasal esophagoscopy. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2019;276(5):1457-63.
4. Schimberg, A.S., Wellenstein, D.J., van den Broek, E.M., Honings, J., van den Hoogen, F.J.A., Marres, H.A.M. et al. Office-based vs. operating room-performed laryngopharyngeal surgery: a review of cost differences. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2019; 276(11): 2963-73.
5. Wellenstein, D.J., Schutte, H.W., Takes, R.P., Honings, J., Marres, H.A.M., Burns, J.A. et al. Office-Based Procedures for the Diagnosis and Treatment of Laryngeal Pathology. *J Voice.* 2018;32(4):502-13.
6. Wellenstein, D.J., de Witt, J.K., Schutte, H.W., Honings, J., van den Hoogen, F.J.A., Marres, H.A.M. et al. Safety of flexible endoscopic biopsy of the pharynx and larynx under topical anesthesia. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2017;274(9):3471-6.
7. Cooper, F., Baig, H., Asimakopoulos, P., Kim W. Ah-See y Shakeel, M. Success adaptation during COVID-19 pandemic: suspected head and neck cancer biopsies under local anaesthetic. *MedNEXT Journal of Medical and Health Sciences*, 2020;1(1), 15-18.
8. Cancer Research UK. Head and Neck Cancer Statistics. Disponible en: <https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/head-and-neck-cancers>. Consultado el 12/02/21.
9. Araghi, A.S., Harris, Y., Kyzas, P. An audit to analysis the two-week wait path at a oral cancer specialist district general hospital. *Br Dent J.* 2020;228(9):693-699.
10. National Cancer Waiting Times Monitoring Dataset Guidance - Versión 11.0. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/statistics/wp-content/uploads/sites/2/2020/09/national-cancer-waiting-times-monitoring-dataset-guidance-v11-sep2020.pdf>. Consultado el 25/02/21.
11. Hanna, T.P., King, W.D., Thibodeau, S., Jalink, M., Paulin, G.A., Harvey-Jones, E. et al. Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis. *Bmj.* 2020;371:m4087.
12. Sud, A., Torr, B., Jones, M.E., Broggio, J., Scott, S., Loveday, C. et al. Effect of delays in the 2-week-wait cancer referral pathway during the COVID-19 pandemic on cancer survival in the UK: a modelling study. *Lancet Oncol.* 2020;21(8):1035-44.
13. Lippert, D., Hoffman, M.R., Dang, P., McCulloch, T.M., Hartig, G.K., Dailey, S.H. In-office biopsy of upper airway lesions: safety, tolerance, and effect on time to treatment. *Laryngoscope.* 2015;125(4):919-23.
14. Utility of RhinoLaryngo Intervention scopes in the outpatient setting. Disponible en: <https://www.ambu.co.uk/education/educational-videos>. Consultado el 25/02/21.
15. Becker, S., Hagemann, J., O'Brian, C., Weber, V., Döge, J., Helling, K. et al. First experiences with a new flexible single-use rhino-laryngoscope with working channel - a preliminary study. *Laryngorhinootologie.* 2019;98(S 02):11333.



Ambu

Firma Ambu S.L.
Alcalá, 261-265
28027 Madrid
España
+34 91 411 6830
www.ambu.es