

REVISTA DE REVISTAS

Dr. Samuel Muñoz M.

LIGADURA ENDOSCÓPICA MÁS COAGULACIÓN ARGÓN PLASMA VERSUS ESCLEROLIGADURA PARA LA ERRADICACIÓN DE VÁRICES ESOFÁGICAS

Endoscopic band ligation plus argon plasma coagulation versus scleroligation for eradication of esophageal varices

Harras F., Sheta E.S., Shehata M., Saadany S.E., et al.

J Gastroenterol Hepatol 2010; 25: 1058-65

La hipertensión portal (HP) es responsable de las más severas y a menudo letales complicaciones de la cirrosis, como son la hemorragia de várices esofágicas (VEs), ascitis, falla renal y encefalopatía; debido al impacto combinado de dichas complicaciones, la HP permanece como la causa más importante de morbilidad y mortalidad en pacientes con cirrosis; estudios prospectivos muestran que >90% de pacientes cirróticos presentan VEs alguna vez en su vida, y el 30% pueden sangrar; después del diagnóstico inicial de cirrosis la posibilidad de incidencia de desarrollar nuevas VEs es de 5% por año, y el incremento del tamaño de pequeñas a grandes es de un promedio total de 10-15% por año; la progresión de la falla hepática es el factor de mayor influencia sobre el incremento total; el sangrado de las VEs es la más severa y letal complicación de la HP, sin tratamiento, aproximadamente el 30% de pacientes cirróticos con HP pueden sangrar; más del 50% fallecen después del primer episodio de sangrado varicoso, y el 60% de pacientes que sobreviven al primer episodio de sangrado pueden resangrar. El tratamiento del sangrado varicoso agudo y recurrente es mejor afrontado por un equipo especializado, experimentado, bien equipado, usando un enfoque integral y multidisciplinario; el manejo óptimo debe proporcionar un amplio espectro de opciones terapéuticas incluyendo: fármacos, tratamiento endoscópico, procedimientos de intervención radiológica, shunts quirúrgicos y trasplante hepático; la escleroterapia endoscópica (EE), en muchos centros es la piedra angular, y la primera línea de tratamiento para pacientes con sangrado varicoso; la ligadura endoscópica (LE) de las VEs fue reportada por primera vez por Van Stiegmann et al. en 1986; actualmente es considerada como el método de elección en la prevención del resangrado; aunque, la LE es considerada el gold standard en la erradicación de las várices, la EE es aún ampliamente utilizada, debido a que es una técnica fácil y barata, y de comprobada eficacia; la LE es observada, por un alto promedio de recurrencia después de la erradicación varicosa, ya que no oblitera las várices profundas (colaterales para-esofágicas) y las venas perforantes; de modo que es necesario una terapia adicional para lograr la fibrosis completa de la mucosa; en atención a mejorar los resultados de la LE, especialmente su recurrencia y resangrado varicoso; Nakamura et al. en el 2001, usaron la coagulación argón plasma (APC) para inducir fibrosis de la mucosa esofágica distal, reportando un promedio libre de recurrencia a los 24 meses después de la LE+APC de 74.2%; con el objetivo de evaluar la técnica LE+APC vs. LE+EE, como un nuevo método usado para la erradicación de VEs, se incluyen en estudio 200 pacientes, entre Agosto-04 a Julio-06, con hemorragia digestiva alta masiva; divididos en 4 grupos: 1) grupo I (grupo EE), n = 50 pacientes, realizada por inyección intravaricosa de oleato de etanolamina al 5%, alcuotas de 3 ml, un máximo de 20 ml durante cada sesión, cada 1-2 semanas, por 3 sesiones; luego mensualmente hasta lograr erradicación varicosa; 2) Grupo II (EE+LE), n = 50 pacientes, una banda elástica es colocada a 5-10 cm proximal a UGE sobre cada vórice, seguida por inyección intravaricosa de oleato etanolamina al 5%, a 2-3 cm proximal a la UGE sobre la vórice ligada distal a la banda utilizada, las sesiones de tratamiento se repiten a intervalos de 3-4 semanas hasta que las várices fueron erradicadas, posteriormente los exámenes de seguimiento endoscópico fueron realizados cada 3 meses, o por sangrado recurrente; 3) Grupo III (LE+APC), n = 50 pacientes, la LE fue realizada hasta que las várices fueron reducidas sin signos rojos, las sesiones de tratamiento repetido fueron programadas como en el Grupo II; la inducción de fibrosis de la mucosa distal esofágica fue hecha por APC, 60 W y promedio del flujo de gas de 1.5-2.0 L/minuto, realizándose coagulación circunferencial de la mucosa esofágica integral, iniciando

desde 4 cm proximal a la UGE, siendo aplicada después de 4 sesiones de LE, y a las VEs grado 1, con un promedio de 2 sesiones (2-3 sesiones); una comparación del número de sesiones del tratamiento, muestra que el Grupo III requiere significativamente menos sesiones; cuando consideramos las complicaciones post-tratamiento, el Grupo I, muestra una elevada incidencia de fiebre transitoria, disfagia transitoria, y/o dolor retroesternal y ulceración; mientras que el Grupo II una elevada incidencia de resangrado, y elevada recurrencia de VEs después de la erradicación durante el periodo de seguimiento; una incidencia elevada de mortalidad hubo en los Grupos I y II; el seguimiento de la incidencia no fue significativamente diferente entre los tres grupos de estudio. Se concluye, que la EE+LE logran una erradicación rápida de las VEs con bajo promedio de recurrencia, evita la desventaja de la elevada recurrencia de la LE, y no requiere personal especializado y experimentado semejante a la EE y LE; también la LE+APC determinan una más rápida erradicación de las várices y con bajo promedio de recurrencia y escasas complicaciones, pero tiene la desventaja de ser una técnica más cara y que necesita equipamiento especial, que solamente es evaluado en pocos centros endoscópicos.

Dr. Benjamín Olivera B.

IDENTIFICACIÓN ENDOSCÓPICA DE GASTRITIS POR HELICOBACTER PYLORI EN NIÑOS

Endoscopic identification of Helicobacter pylori gastritis in children

Hidaka N., Nakayama Y., Horiuchi A., Kato S., et al.

Dig Endosc 2010; 22:90-4

La infección por el *Helicobacter pylori* (Hp), es la causa más frecuente de gastritis en niños y adultos; la esofagogastroduodenoscopia (EGD) es el más importante y fidedigno procedimiento para el diagnóstico de enfermedades del tracto gastrointestinal superior, además los hallazgos endoscópicos también pueden ser utilizados para el diagnóstico o determinar sólida sospecha de infección por Hp en niños; por ejemplo, la presencia de la nodularidad antral es sugerente pero no es un hallazgo endoscópico sensible de gastritis por Hp en niños; Yagi et al., reportan que la presencia de vórices agrupadas, observadas como diminutos y numerosos puntos rojos en la inspección del cuerpo gástrico, fue solamente encontrada en pacientes sin infección por Hp, precisando y denominando este agrupamiento regular de vórices de tamaño normal (RAC) y ha sido confirmado en niños y adolescentes; el rol de las características endoscópicas en decidir sobre la necesidad de biopsias de la mucosa gástrica en niños permanece indeterminado; con el objetivo de evaluar, si la ausencia del patrón RAC puede identificar fiablemente a los niños en los cuales las biopsias deben ser tomadas para confirmar la presencia de infección por Hp y/o obtener muestras para cultivo, y pruebas de sensibilidad; y en adición que la endoscopia magnificada, confirma que el patrón RAC, implica a vórices de tamaño normal agrupadas en el cuerpo gástrico en niños; se realizan estudios en niños sometidos a EGD de rutina del TGI superior, con síntomas o anemia no explicada, entre Enero-01 a Marzo-06; los criterios de exclusión fueron: historia de tratamiento con IBPs, o antibióticos en el mes previo a estudio, o historia pasada de erradicación de Hp; en todos los pacientes se aplicó anestesia tópica faríngea, usando spray de xilocaína y sedación IV con midazolam (0.1-0.2 mg/kg). Se utiliza endoscopia con diámetro externo de 7.7 mm ó 6.5 mm; después del examen de rutina del esófago, estómago y duodeno; la observación final fue llevada a cabo en zonas proximales a la curvatura menor de la parte inferior del cuerpo y la curvatura mayor de la parte superior del cuerpo; a la distancia aproximada de 5 mm entre la punta del instrumento y la superficie gástrica, para determinar si el patrón RAC estaba presente; si la red puntiforme diminuta fue visible regularmente, los hallazgos fueron calificados como RAC-positivo y si no como RAC-negativo, los patrones RAC-positivos requieren ser homogéneos; la endoscopia magnificada fue realizada, en 8 de los 87 niños examinados que presentan patrón RAC, obteniéndose fácilmente una apropiada longitud focal aproximadamente a los 2 mm; los pacientes fueron clasificados como Hp-positivos si al menos 1 de los siguientes tres test fueron positivos, y Hp-negativos si todos los test fueron negativos: 1) test de aliento C-urea,

2) anticuerpo IgG-Hp y 3) examen histológico; las biopsias fueron tomadas de la curvatura mayor del antro, curvatura menor de tercio inferior de cuerpo y curvatura mayor del tercio superior del cuerpo, la nodularidad antral también fue determinada como presente/ausente. Hubo 87 pacientes pediátricos, incluyendo 38 niños, promedio de edad, 13 años (rango 9-15 años); 25 (29%) Hp-positivos: 7 con úlcera duodenal, y 18 con gastritis; con nodularidad antral en 21 (84%) de los pacientes Hp-positivos, mientras no fue observada en los pacientes Hp-negativos; en 3 de los 62 pacientes Hp-negativos fue evidente la gastritis leve; la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo de la nodularidad antral para determinar gastritis por Hp fue 84%, 100%, 100% y 94% respectivamente; todos los pacientes RAC-positivos fueron Hp-negativos; la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo, para determinar gastritis del cuerpo gástrico por infección-Hp fue 100%, 92%, 83% y 100% respectivamente, en la curvatura mayor del tercio superior del cuerpo; 8 pacientes (4 Hp-positivos y 4 Hp-negativos) fueron sometidos a endoscopia magnificada, la cual confirma la presencia de vénulas agrupadas en los RAC-positivos y la ausencia en los casos de RAC-negativos; el examen histológico, sugiere que la presencia de células inflamatorias e hiperplásicas del epitelio glandular por infección por Hp, fue responsable de la pérdida de visibilidad de las vénulas. Se concluye, que la ausencia del patrón RAC es indicativo de una posible infección por Hp, de modo que las biopsias gástricas deben ser obtenidas.

Dr. Luis Castillo M.

TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSIS-INDUCIENDO FALLA HEPÁTICA AGUDA: MAGNITUD, PERFIL, PRONÓSTICO Y PREDICTORES DE RESULTADOS

Antituberculosis Therapy-Induced Acute Liver Failure: Magnitude, Profile, Prognosis, and Predictors of Outcome
Kumar R., Shalimar, Bhatia V., Khanal S., et al.
Hepatology 2010; 51:1665-74

La isoniácida, rifampicina, pirazinamida y el etambutol, son usualmente la combinación quimioterápica de primera línea en la enfermedad tuberculosa activa; la hepatotoxicidad de las primeras tres drogas está bien documentada; un meta-análisis de tratamiento antituberculosis (ATT)-asociado a hepatotoxicidad, reportan que la frecuencia de manifiesta hepatitis clínica causada por isoniácida, rifampicina, o combinadas, fue de 0.6%, 1.1% y 2.6%, respectivamente; el espectro de la hepatotoxicidad es amplio, desde una forma asintomática con elevación de niveles de aminotransferasas (cinco veces) en 2.3% a 28% de falla hepática aguda (ALF) en aproximadamente < 0.01% de individuos; sin embargo, la frecuencia de ATT, induciendo hepatotoxicidad en la población de la India es alta (11.5%) que en la raza blanca (4.3%); aproximadamente el 20% de la población global con tuberculosis (3.32 millones) viven en la India, por lo tanto, el número de pacientes con ATT-hepatotoxicidad en la India puede ser importante; un estudio prospectivo previo, reporta que 7 (9.72%) con 72 pacientes de hepatotoxicidad-ATT desarrollaron ALF (ATT-ALF) y tuvieron un promedio de mortalidad de 85.7%; por lo tanto, la ATT-ALF puede tener un curso natural más agresivo que la hepatitis por virus-asociada a ALF, causa frecuente de ALF en el sur de Asia. El ATT es la causa de ALF asociada a drogas en el sur de Asia, donde la tuberculosis es endémica; se realiza estudio prospectivo, para evaluar magnitud, curso, complicaciones y pronóstico en pacientes con ATT-ALF en una zona endémica de tuberculosis; entre Enero-86 a Enero-09, durante dicho periodo 1223 pacientes (> 13 años) con ALF fueron admitidos inicialmente; la ALF fue diagnosticada, como la ocurrencia de encefalopatía dentro de las cuatro semanas de síntomas en ausencia de enfermedad hepática persistente; ATT-ALF, fue diagnosticada, si el paciente con ALF tuvo historia de consumo de al menos dos de las tres drogas de primera línea hepatotóxicas (isoniácida, pirazinamida, rifampicina) por un periodo mínimo de una semana, y si los pacientes tuvieron pruebas negativas para los virus de hepatitis A, B, C, E y ausencia de otras causas identificables de injuria hepática aguda; el ATT, fue la causa de ALF en 70 (5.7%) casos, y 15 (1.2%) en adición tuvieron infección por virus de hepatitis; en 44 pacientes (62.8%), el ATT fue recibido empíricamente sin evidencia

definitiva de tuberculosis; los pacientes con ATT-ALF fueron jóvenes (32.87 ± 1.58 años) y 49 (70%) fueron mujeres; la mayoría tuvieron presentación hiperaguda; el intervalo promedio para la encefalopatía fue 4.5 (0-30) días; la duración promedio de ATT antes de ALF fue 30 (7-350) días; en la presentación, la encefalopatía severa y el edema cerebral estuvieron presentes en 51 (76%) y 29 (41.4%) pacientes respectivamente; el sangrado gastrointestinal, encefalopatía, infección y falla renal aguda fueron determinados en 7 (10%), 5 (7.1%), 26 (37.1%) y 7 (1%) pacientes respectivamente; comparado con la hepatitis E y ALF-inducida por virus-no A, no E, pacientes con ATT-ALF tuvieron casi similar presentación, excepto por ser de mayor edad y con menor elevación de aminotransferasas; el promedio de mortalidad entre los pacientes con ATT-ALF fue alta (67.1%, n = 47) y solamente 23 pacientes (32.9%) se recuperaron con tratamiento médico; en el análisis multivariable, tres factores independientes predicen la mortalidad: 1) bilirrubina (≥ 10.8 mg/dL); 2) prolongación de tiempo de protombina (≥ 26 seg); y 3) grado III/IV de encefalopatía en presentación. En conclusión, el ATT-ALF constituye el 5.7% de ALF en centro estudiado y tuvieron un promedio alto de mortalidad; en 63% de los pacientes, el ATT fue realizado empíricamente, lo cual debe ser prevenido; la mayoría de pacientes tuvieron presentación hiperaguda, los síntomas y complicaciones fueron similares con la ALF debido a otras causas; la preponderancia femenina promedio fue documentada; la bilirrubina sérica, el TP prolongado y el grado de encefalopatía en la presentación, son predictores independientes de mortalidad.

Dr. Santiago Mestanza V.

FACTORES DE RIESGO PARA COMPLICACIONES DE DISECCIÓN ENDOSCÓPICA SUBMUCOSA EN TUMORES GÁSTRICOS: ANÁLISIS DE 478 LESIONES

Risk factors for complications of endoscopic submucosal dissection in gastric tumors: analysis of 478 lesions
Mannen K., Tsunada S., Hara M., Yamaguchi K., et al.
J Gastroenterol 2010; 45:30-6

La resección mucosa endoscópica (EMR) del cáncer gástrico temprano (CGT) está siendo aceptada como un procedimiento estándar; diferentes técnicas de EMR han sido desarrolladas, el principal problema de estos métodos convencionales de EMR, es la recuperación de los múltiples fragmentos después de la resección de tumores de gran tamaño; debido a que la resección en "bloque" es considerada ideal para una interpretación histopatológica minuciosa, esta limitación de la EMR ha sido superada por el desarrollo de la disección submucosa endoscópica (ESD); en el Japón, la ESD es ahora realizada más frecuentemente que otras técnicas para el tratamiento de CGTs, ya que preserva el estómago con la resección en "bloque" de tumores con márgenes libres; a pesar de estas ventajas, la ESD se considera que requiere técnica y experiencia especiales y es una causa de frecuentes complicaciones, particularmente perforación y hemorragia post-tratamiento; hasta el momento solamente algunas escasas series han sido dirigidas sobre las complicaciones, como la hemorragia post-tratamiento en la ESD; con el objetivo, de determinar los factores para la perforación y sangrado post-procedimiento durante y después de la ESD de neoplasias gástricas, se realiza estudio retrospectivo entre Diciembre-01 a Marzo-07; la ESD en el estómago fue realizada para 478 lesiones en 436 pacientes; en todas las lesiones se siguieron los siguientes criterios de inclusión: 1) diagnóstico histopatológico por biopsia de adenocarcinoma moderado o bien diferenciado, o displasia severa (adenoma); 2) invasión de la mucosa y submucosa (<500 um debajo de la membrana muscular), definida por endosonografía o presentación endoscópica; 3) tamaño del tumor \leq de 3 cm, si invasión mínima de la mucosa o tumor con ulceración es sospechada; 4) cualquier tamaño de tumor, si es displasia severa o adenocarcinoma diferenciado sin ulceración o invasión submucosa; realizado el procedimiento de ESD se administra IV antagonistas de receptores H_2 (H_2 -RA), y los pacientes recibieron nada por vía oral después de la ESD hasta el seguimiento endoscópico; la úlcera determinada por la ESD fue observada por endoscopia 2 días después para confirmar la ausencia de perforación o sangrado; después fueron referidos con H_2 -RA o IBPs; la perforación fue diagnosticada endoscópicamente y/o por la presencia de aire libre en placa radiográfica o CT después de

resección; la perforación detectada durante el procedimiento de ESD fue inmediatamente cerrada con clip-metálico durante el procedimiento y el paciente recibió tratamiento antibiótico; el sangrado post-operatorio fue definido, como la evidencia clínica después de la ESD, por hematemesis o melena, y disminución del nivel de hemoglobina < 2.0 g/dl dentro de un periodo de 24 horas, que requiere tratamiento endoscópico (clips metálicos y/o electrocoagulación). El promedio de edad 71.6 ± 8.6 (rango 36-91) años; IMC 22.4 ± 3.0 (12.9 ± 32.3) Kg/m²; tamaño de la resección 38.2 ± 15.5 (10 ± 110) mm; tiempo de operación 84.3 ± 67.0 (5 ± 395) min; la perforación durante la ESD hubo en 17 de las 478 lesiones (3.6%); la evaluación univariable de los factores de riesgo relacionados al paciente, muestran que la edad, género, IMC y el uso de anticoagulantes y/o drogas antiplaquetarias no fueron significativas para la perforación durante la ESD; los factores relacionados al tumor y su tratamiento, para la perforación, durante la ESD, indican que la localización del tumor (superior 8.0%, medio 5.3%, inferior 5.5%; $P = 0.0001$) y el tiempo de operación (< 2 h, 1.0%; 2-4 h, 15.7%; > 4 h, 5.3%; $P < 0.0001$) fueron significativamente asociados con perforación; no hubo relación entre la perforación durante la ESD y la comorbilidad; el análisis multivariado, muestra que el tiempo de operación fue un factor de riesgo de perforación durante la ESD (> 2 h; OR 14.1; $P < 0.0001$); la incidencia de perforación fue relativamente menor cuando el tumor estaba localizado en la parte inferior del estómago (OR, 0.15; $P = 0.069$); hubo sangrado post-operatorio en 39 de las 478 lesiones (8.2%), el análisis univariable muestra que solamente el tamaño de la lesión reseccionada fue un factor de riesgo de hemorragia post-procedimiento, durante el periodo de seguimiento después de la ESD ($P < 0.0001$); la localización del tumor no fue un factor significativo ($P = 0.08$); el análisis multivariable confirma que el tamaño de la lesión reseccionada fue un factor de riesgo definitivo para el sangrado post-operatorio (31-50 mm: OR, 2.72; $P = 0.041$; > 51 mm: OR, 9.22; $P < 0.001$); en total 15 endoscopistas realizaron los procedimientos de ESD; no hubo mayor diferencia en relación a su experiencia (> 100 casos, > 50 casos, > 10 casos), con aquellos de experiencia limitada, en relación a la incidencia de perforación o sangrado post-operatorio. Se concluye, que el estudio indica los factores de riesgo para complicaciones severas; el gran tamaño de las lesiones fue un factor de riesgo para el sangrado post-operatorio; mientras que el tiempo prolongado de la operación fue un factor de riesgo para la perforación.

Dr. Jorge Mauricc C.

META-ANÁLISIS: LOS EFECTOS DEL TRATAMIENTO PLACEBO EN LA ENFERMEDAD DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO

Meta-analysis: the effects of placebo treatment on gastroesophageal reflux disease

Cremonini F, Zogas D.C., Chang H. Y., Kokkotou E., et al. *Aliment Pharmacol Ther* 2010; 32:29-42

Los controles del placebo, son considerados los estándares para la evaluación de una aplicación terapéutica en una enfermedad; sin embargo, pacientes incluidos en el grupo placebo de los estudios clínicos a menudo reportan una mejoría mensurable de síntomas; factores como las condiciones del paciente, relación con su médico, ruta de administración, dosis, frecuencia de placebo y siempre el color y tamaño de tabletas, han sido reportados que afectan la respuesta de pacientes; la apropiada comprensión de la respuesta del placebo y las variables que contribuyen a su respuesta pueden significativamente mejorar los objetivos de estudios clínicos, por admitir mejor selección y clasificación de respondedores y por mejorar definición y diferenciación de un tratamiento real y efectivo de tratamiento experimental; recientes precisiones han permitido determinar los factores que influyen en la respuesta del placebo en las enfermedades digestivas; un análisis del efecto placebo en 79 estudios, investigando la relación de la úlcera duodenal, demostraron incremento de promedio de curación con administración de placebo 4 veces/día, cuando se comparan con administración de placebo 2 veces/día; otros estudios de la enfermedad inflamatoria intestinal, reportan mayor

frecuencia de visitas, duración prolongada de estudios, definición menos exacta de respuesta y actividad de enfermedad más severa al inicio de estudio, así como los factores asociados con elevados promedios de respuesta a placebo; en contraste, un análisis sistemático de estudios de investigación del SII, evidencia bajas respuestas al placebo en relación con mayor frecuencia de visitas, cumplimiento de los criterios de Roma, intervenciones menos frecuentes; la respuesta al placebo en la dispepsia funcional, se basa en pacientes cuyo patrón de síntomas no fluctúan en el tiempo y con bajo IMC; en un estudio amplio del SII, encontraron que pacientes extrovertidos, amenos y abiertos a nuevas experiencias estuvieron asociados a respuesta con placebo debido a mejoría de relación médico-paciente, pero no a relación-profesional, los individuos con tendencia a la soledad fueron especialmente sensibles a mejorar relación. La magnitud de la respuesta al placebo en estudios de investigación del tratamiento agudo de la enfermedad del reflujo gastroesofágico (GERD), no ha sido sistemáticamente evaluado; aproximadamente el 10-20% de pacientes adultos reportan al menos un episodio de GERD por semana, un cuadro consistente con un $\pm 40\%$ de población general, mensualmente; los medicamentos que suprimen la secreción ácida como los IBPs, y antagonistas de receptores-H₂(H₂-RA) permanecen como los pilares de tratamiento; sin embargo, los promedios de respuesta al placebo en estudios clínicos varia considerablemente; con el objetivo de determinar la magnitud de los promedios de respuesta al placebo en estudios control randomizados (RCTs) investigando IBPs y H₂ - RA para el tratamiento agudo de GERD, investigando las variables que influyen en la respuesta de placebo; se realiza búsqueda de estudios clínicos en MEDLINE (166 artículos; 1966-2009), Cocharne Controlled Trial Register (116 artículos; 1997-2009) y EMBASE (123 artículos; 1985-2009); incluyen pacientes > 20 años con GERD, tratados con IBPs o H₂-RA por al menos 2 semanas; finalmente fueron considerados un total de 14 estudios, que incluyen 9989 pacientes con GERD; el OR-total para la respuesta al tratamiento activo vs. placebo fue 3.71 (IC 95%; 2.78-4.96); y el OR-total para la respuesta a placebo fue 18.85% (rango 2.94%-47.06%); los pacientes con esofagitis erosiva tuvieron una respuesta promedio baja, no significativa en relación a pacientes sin esofagitis erosiva (11.87% y 18.31% respectivamente; $P = 0.246$); la respuesta al placebo fue significativamente baja en estudios de tratamiento con IBPs vs. estudios de H₂ - RA (14.51% vs 24.69% respectivamente; $P = 0.05$).

Se concluye, que el promedio de respuesta a placebo en estudios controlados, randomizados de GERD es importante; una respuesta baja al placebo estuvo asociada con la prueba de IBPs, pero no la presencia de esofagitis erosiva.

Dr. Pedro Ríos Y.

CROMOCOLONOSCOPIA DE ALTA-DEFINICIÓN VS. COLONOSCOPIA LUZ BLANCA DE ALTA DEFINICIÓN PARA DETERMINAR PROMEDIO DE-RIESGO EN EL DESPISTAJE DE CÁNCER COLORECTAL

High-Definition Chromocolonoscopy vs. High-Definition White Light Colonoscopy for Average-Risk Colorectal Cancer Screening

Kahi Ch. J., Anderson J. C., Waxman I., Kessler W.R., et al. *Am J Gastroenterol* 2010; 105:1301-7

En el Hemisferio Occidental, la mayoría de los casos esporádicos de cáncer colorectal (CCR), se postula se originan de pólipos-adenomatosos que acumulan alteraciones genéticas; esta es la base de la secuencia adenoma-carcinoma y el fundamento principal de la actual investigación del CCR y de las pautas de vigilancia; sin embargo, algunos CCRs no podrían originarse de tejido polipoide, ya que la polipectomía endoscópica previene el CCR, hay casos observados de origen de "novo" en un relativo intervalo de tiempo después de la polipectomía; sin embargo, puede haber muchas explicaciones a observaciones, un importante factor pueden ser las neoplasias planas que fueron omitidas en la colonoscopia; las neoplasias planas y deprimidas son inherentemente más difíciles de visualizar con la colonoscopia convencional (luz blanca), se considera que tienen más probabilidades de tener displasia severa

o carcinoma invasivo que las lesiones polipoideas, independiente de tamaño; en el pasado, los adenomas planos y deprimidos se pensaba eran más frecuentes en asiáticos; sin embargo, hay evidencia adicional que las poblaciones occidentales son también afectadas y que la prevalencia de dichas neoplasias es más alta de lo que originalmente se postulaba; varios métodos se utilizan para incrementar la capacidad de la colonoscopia para detectar neoplasias planas y deprimidas; la cromoscopia, especialmente cuando es combinada con tecnología óptica de alta definición (HD), es una técnica efectiva para incrementar el rendimiento de la colonoscopia para dichas neoplasias; con los siguientes objetivos de: 1) comparar la cromocolonoscopia de HD, con la colonoscopia convencional de HD, para la detección de adenomas colorectales en determinar riesgo en pacientes sometidos a despistaje por colonoscopia; y 2) comparar el rendimiento de estas dos técnicas para adenomas planos, deprimidos, y sus posteriores características morfológicas y hallazgos histológicos; se realiza estudio multicéntrico (4 en USA: Indianápolis (2), Nueva York (1) y Chicago (1)); la cohorte de estudio para determinar el promedio de riesgo fueron pacientes > 50 años, sometidos a despistaje por colonoscopia entre Marzo -06 a Octubre -08, siendo randomizados a cromocolonoscopia o colonoscopia de luz blanca, en esta última el examen fue realizado con el colonoscopio de HD; cada pólipó fue fotografiado, medido y caracterizado de acuerdo a los criterios de la Clasificación de París; dicho sistema esta basado en el Sistema de Clasificación de la Sociedad Japonesa para el Cáncer de Colon y Recto, con pequeñas modificaciones; las neoplasias polipoideas o protruidas incluyen: sésiles (Is), y pedunculadas (Ip); mientras que las neoplasias- no polipoideas o protruidas incluyen: elevada superficial (IIa) plana (IIb) y deprimidas (IIc); según esta clasificación, las lesiones-protruidas pueden ser diferenciadas endoscópicamente de las no-protruidas sobre la base de la proyección en el lumen: las lesiones-no-polipoideas (tipo II) proyección < 2.5 mm, mientras las lesiones-polipoideas proyectan > 2.5 mm en el lumen; el tamaño de la lesión fue estimada con el uso de una pinza de biopsia abierta cuando fue necesario; las lesiones-no neoplásicas incluyen: pólipos hiperplásicos, pólipos inflamatorios, folículos linfoides, y tejido normal; los adenomas avanzados, fueron definidos como adenomas > 1 cm, adenoma con histología vellosa, displasia severa o cáncer invasivo; los resultados primarios, en pacientes con al menos 1 adenoma y el número de adenomas por paciente fueron comparados entre los dos grupos; los resultados secundarios fueron pacientes con neoplasias planas o deprimidas; de 660 pacientes que completaron estudio, 321 (49%) fueron randomizados a el grupo- cromocolonoscopia, y 335 (51%) a grupo-colonoscopia convencional; no hubo significativa diferencia en las características clínicas y demográficas de ambos grupos; el tiempo promedio total del procedimiento fue significativamente prolongado en el grupo -cromocolonoscopia comparado con el grupo-colonoscopia convencional (30.6 ±9.7 vs 31.9±8.4 min, P < 0.001); mientras el tiempo promedio de examen no fue significativamente diferente (7.9±1.6 vs. 7.6±1.2 min, P = 0.12); el promedio de índigo carmín usado en los casos de cromocolonoscopia fue (79.4±29.8 ml). Un total de 1,713 pólipos fueron encontrados y resecados en los 660 pacientes; 780 (45.5%) adenomas, de los cuales 35 (4.5%) fueron adenomas avanzados. Un total de 899 (52%) pólipos fueron clasificados como planos, de los cuales 338 (38%) fueron adenomas; del global, el número promedio de adenomas por paciente fue 1.2 ± 1.1, pólipos planos por paciente 1.4± 1.5, adenomas planos 0.5±1.0; 4 de los adenomas planos fueron histológicamente avanzados (2 en cada grupo), ninguno fue cáncer; en total 2 cánceres invasivos fueron encontrados, 1 en cada grupo, ninguno fue lesión plana; no hubo diferencia significativa en la localización anatómica y las características endoscópicas de los pólipos detectados por cromocolonoscopia y colonoscopia convencional; la proporción de pacientes con al menos 1 adenoma fue alta en el grupo-cromocolonoscopia que en el grupo-colonoscopia convencional (51.5% comparado con 48.4%); sin embargo, esta diferencia absoluta de 7.1% (IC 95% -0.5% - 14.7%) no llega a tener significado estadístico; la cromocolonoscopia, detecta un significativo número de pólipos por paciente, una elevada proporción de lesiones planas, adenomas de < 5mm de diámetro, y lesiones no-neoplásicas en relación a la

colonoscopia convencional; esto tuvo relación específica con Centro de estudio respectivo; la cromocolonoscopia detecta significativamente más adenomas por paciente que la colonoscopia convencional en los diferentes Centros de Estudio, y significativamente más adenomas planos con cáncer en un centro, y no hubo diferencia importante en otros lugares.

Se concluye, que la cromocolonoscopia de HD incrementa mínimamente la detección global de adenomas y con un rendimiento modesto en la detección de adenomas planos y pequeños comparado con colonoscopia de HD; el rendimiento para las neoplásias avanzadas fue similar para los dos métodos; nuestros resultados, no permiten recomendar el uso rutinario de la cromocolonoscopia de HD para la detección de CCR en pacientes de alto riesgo.

Dra. Tania Reyes M.

PUEDE LA REALIZACIÓN DEL PRECORTE, REDUCIR EL RIESGO DE COMPLICACIONES DE LA COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA? META-ANÁLISIS DE ESTUDIOS CONTROL RANDOMIZADOS

Can early precut implementation reduce endoscopic retrograde cholangio-pancreatography-related complication risk? Meta-analysis of randomized controlled trials

Cennamo V., Fuccio I., Zagari R., Eusebi LH., et al. Endoscopy 2010; 42:381-8

La canulación profunda biliar, es un pre-requisito para la esfinterotomía; sin embargo el acceso al conducto biliar falla en 5%-15% de casos; el precorte de la papila puede permitir la canulación selectiva del conducto biliar en dichos casos difíciles; sin embargo, complicaciones han sido reportadas en 5-20% de precortes; además, se ha sugerido que el riesgo de complicaciones asociadas al precorte es generalmente debido a trauma de la papila relacionado a múltiples intentos fallidos e inadecuada canulación de conducto pancreático, que a el precorte "per se"; por lo tanto, la realización del precorte inicial ha sido recomendado; con el objetivo de realizar meta-análisis de estudios control randomizados (RCTs), que comparan la canulación y el promedio de complicaciones por la realización de precorte y los intentos persistentes de canulación con el método estándar; se realiza revisión de artículos en la base de datos PubMeb, EMBASE, Cochrane library, y Google Scholbar, además de Cochrane Central Register of Controlled Trials, metaRegister of Controlled trials, and National Institutes of Health Searches, hasta Noviembre-09; los criterios de inclusión fueron :1) RCTs prospectivos que comparan las dos diferentes técnicas para la canulación biliar profunda, o la realización inicial del precorte (grupo:precorte-inicial) y la canulación estándar con intentos persistentes (grupo: intentos-repetidos), con/ sin precorte posterior en caso de fracaso; 2) datos de promedio de canulación y complicaciones mayores (pancreatitis post-ERCP, colangitis, hemorragia relacionada-ERCP y perforación); 3) reporte de resultados relacionados al tratamiento. De 211 artículos inicialmente seleccionados, finalmente 6 RCTs, con un total de 966 pacientes cumplieron los criterios de inclusión; los promedios de canulación fueron 90% en ambos grupos randomizados (OR 1.20; IC 95% 0.54- 2.69); hubo pancreatitis post-ERCP, en 2.5% de pacientes del grupo-precorte inicial y en 5.3% en el grupo-intentos repetidos (OR 0.47; IC 95% 0.24-0.91); los promedios de complicaciones totales considerando la pancreatitis, sangrado, colangitis y perforación fueron 5.0% en el grupo-precorte inicial y 6.3% en el grupo-intentos repetidos (OR 0.78; IC 95% 0.44-1.37).

Se concluye, que los RCTs que investigan el tema del procedimiento precorte fueron limitados; actualmente las evidencias sugieren que en manos experimentadas la realización del precorte y los intentos precanalulación repetidos tuvieron similares promedios de canulación total; la realización del precorte reduce el riesgo de la pancreatitis post-ERCP, pero no el promedio total de complicaciones.

Dr. Juan Carlos Nieburh K.