



ALREDEDOR DEL MUNDO

Endoscopia alrededor del mundo

Endoscopy around the world

F. I. Téllez-Ávila*

Departamento de Endoscopia Gastrointestinal, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, México D.F., México

Riesgo de desarrollar diverticulitis en pacientes con diverticulosis

Shahedi K, Fuller G, Bolus R, et al. Long-term risk of acute diverticulitis among patients with incidental diverticulosis found during colonoscopy. Clin Gastroenterol Hepatol 2013;11:1609-1613.

Con base en estudios previos, la incidencia de diverticulitis aguda en pacientes con diverticulosis se llegó a estimar en el rango de 10%-25%, lo cual históricamente ha llevado a muchos pacientes a procedimientos quirúrgicos “profilácticos” innecesarios y desgraciadamente en muchos de ellos, a sus complicaciones (también innecesarias).

Los estudios previos en los cuales se basan estos datos, fueron realizados antes de que se llevara a cabo la colonoscopia de tamizaje en población abierta, llevando al sesgo de selección de grupos de pacientes con ciertas morbilidades que los conducen a ser sometidos a los procedimientos endoscópicos. En el estudio de Shahedi K, se evaluó el riesgo de desarrollar un nuevo cuadro de diverticulitis entre pacientes con diverticulosis identificados durante una colonoscopia. Los pacientes con un cuadro previo de diverticulitis

fueron excluidos. Los pacientes incluidos fueron en su mayoría hombres (se realizó con datos de un hospital de veteranos) (n=2,222).

En el seguimiento a 6.75 años, sólo 95 (4.3%) pacientes desarrollaron diverticulitis.

Comentario: No es infrecuente que un paciente en particular a quien durante la colonoscopia se le detectan divertículos colónicos, pregunte angustiado si se requiere algún tratamiento en especial o qué riesgo tiene de complicaciones. Este trabajo nos ayudará a responder las dudas de nuestros pacientes con esta situación.

El riesgo de perforación durante la colonoscopia es más alto cuando el procedimiento se lleva a cabo por no-gastroenterólogos

Bielawska B, Day AG, Lieberman DA, et al. Risk factors for early colonoscopic perforation include non-gastroenterologist endoscopists: A multivariable analysis. Clin Gastroenterol Hepatol 2014;12:85-92.

* Autor para correspondencia: Departamento de Endoscopia Gastrointestinal, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”. Vasco de Quiroga N° 15, Colonia Sección XVI, Delegación Tlalpan, México D.F., México. Correo electrónico: felixtelleza@gmail.com (F. I. Téllez-Ávila).

Ya en estudios previos se han mostrado varias desventajas de que el procedimiento endoscópico de colonoscopia sea ejecutado por especialistas diferentes a los gastroenterólogos: se ha asociado con aumento de cáncer de intervalo, menores tasas de detección de adenomas y un sobreuso de colonoscopias de tamizaje y seguimiento. Los autores del trabajo actual se plantearon la siguiente pregunta: ¿también se asocia con perforaciones durante la colonoscopia?

Para responder su pregunta, los investigadores realizaron un análisis de los factores asociados a perforación durante el procedimiento utilizando una base de datos de 1,144,900 colonoscopias realizadas en 85 centros. Ellos identificaron 192 perforaciones.

Durante el análisis, los factores de riesgo asociados fueron algunos ya conocidos: realización de tratamiento endoscópico ($RM=3.9$), pólipos grandes ($RM=4.1$), hospital universitario ($RM=2.8$), riesgo anestésico alto ($RM=2$), sexo femenino ($RM=2$) y edad (para pacientes entre 60-74 años, $RM=2.6$; para pacientes > 75 años, $RM=5.6$).

Cuando la colonoscopia fue realizada por un cirujano o por un especialista diferente a un gastroenterólogo, existió un mayor riesgo de perforaciones durante el procedimiento ($RM=2$).

Comentario: Estos resultados no son nuevos pero si deben llamarnos la atención. En nuestro país no existe una regulación adecuada, principalmente en el medio privado, sobre quien puede o debe realizar un procedimiento endoscópico o qué respaldo académico se requiere para ingresar a algún programa de preparación en Endoscopia Gastrointestinal. Los intereses son muchos. En hospitales privados no es raro ver que cirujanos generales, internistas, proctólogos, cirujanos de colon y recto, y aún gastroenterólogos sin entrenamiento adecuado en el procedimiento, lleven a cabo colonoscopias. En los hospitales públicos no es raro ver a estos especialistas rotando por los Servicios de Endoscopia como observadores o bien, que durante el entrenamiento en su especialidad, realicen algunos pocos procedimientos asesorados por personal que tampoco cuenta con la experiencia mínima necesaria. Desgraciadamente con esta “preparación”, al egresar de sus especialidades intentan realizar las colonoscopias a sus pacientes. Seguramente si se hiciera el mismo estudio en nuestro país, los resultados serían aún más alarmantes.

Preparación para colonoscopia: ¿son 2 L suficientes?

Brahmania M, Ou G, Bressler B, et al. 2 L versus 4 L of PEG3350 + electrolytes for outpatient colonic preparation: A randomized, controlled trial. *Gastrointest Endosc* 2013 Oct 28; [e-pub ahead of print].

De acuerdo a un meta-análisis reciente, administrar 4 L DE polietilenglicol (PEG) 3350 con electrolitos en dosis dividida, se considera el ideal estándar de las preparaciones colónicas. Para investigar si sólo con administrar 2 L de PEG es suficiente para una preparación para colonoscopia, los investigadores del presente trabajo aleatorizaron 325 pacientes a recibir sólo 2 L + bisacodyl vs. 4 L de PEG.

La preparación con bajo volumen demostró no-inferioridad en la calidad de la preparación medida por las escalas de Boston and Ottawa. Sin embargo, la preparación con 4 L tuvo mejores puntuaciones en todos los segmentos del colon y fue estadísticamente superior en el lado derecho, de acuerdo a la preparación de Ottawa. Por otro lado, un mayor número de pacientes calificó como fácil o aceptable a la preparación con 2 L (90% vs. 75%; $p<0.001$), así como su disponibilidad de tomar nuevamente la misma preparación (99% vs. 74%; $p<0.001$).

Comentario: Sin duda la calidad de la preparación del colon es un factor determinante para llevar a cabo un estudio óptimo con adecuado rendimiento diagnóstico y bajas complicaciones. El uso de PEG se ha extendido debido a su eficacia y pocos efectos adversos. Sin embargo, el principal factor limitante para su “idoneidad” es la cantidad requerida, la cual afecta el apego y por ende, el resultado obtenido en la calidad de la preparación. Recientemente, el dividir la dosis en 2 L la tarde previa + 2 L el mismo día del estudio, ha venido a mostrar mejores resultados de manera global cuando se comparan con los 4 L tradicionales. Más reciente aún es el dato en relación al “periodo de ventana”, en el cual se debería realizar la colonoscopia en relación con la última toma de la preparación. Cada vez existe mayor evidencia que parece indicar que más que la cantidad, el punto clave de la preparación colónica es el tiempo entre la toma de la preparación y el inicio de la colonoscopia. Más estudios al respecto seguramente aparecerán.