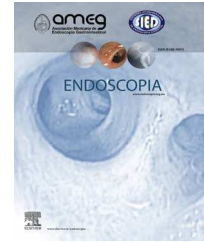




ENDOSCOPIA

www.elsevier.es/endoscopia



EDITORIAL

En este número

In this issue



En el nuevo número de la revista *ENDOSCOPIA* presentamos a ustedes, además de trabajos de revisión y casos clínicos, trabajos originales realizados en México y Latinoamérica. Dice el refrán «el conocimiento es poder», por lo que un logro y avance importante que beneficia a todos, es la generación de información científica. Más valioso aun cuando proviene de nuestra población.

En esta ocasión, presentamos 3 trabajos originales. Dos de ellos tratan sobre una entidad de alto impacto, como lo es el cáncer colorrectal y las lesiones premalignas colónicas. El cáncer continúa siendo una de las principales causas de mortalidad en todo el mundo. En México, representa una de las 3 primeras causas de muerte, con una tasa de mortalidad que ha ido en aumento constante en los últimos 20 años¹. El cáncer colorrectal es una de las pocas neoplasias malignas para la cual existen estrategias que permiten su prevención mediante la realización de colonoscopia.

Fenocchi et al., en un Centro Oncológico de Uruguay nos presenta los resultados de la prueba de detección de sangre en materia fecal con técnica de inmunoquímica (FIT), y la tasa de detección de adenomas avanzados (tamaño mayor a 10 mm, componente histológico vellosos o displasia de alto grado). La FIT ha demostrado ser una prueba con mayor sensibilidad y especificidad en la detección de sangre en heces comparado con otros métodos tradicionales como el guayaco². Los hallazgos más relevantes del trabajo son una mayor tasa de detección de adenoma avanzado en la colonoscopia de pacientes con FIT positiva. Además, encuentra una correlación positiva entre la cantidad de sangre detectada por FIT y el tamaño del adenoma. Si bien la prueba estándar de oro para la prevención del cáncer de colon y la detección de adenomas es la colonoscopia, en la práctica clínica es frecuente que pacientes con colonoscopia de tamizaje previa negativa para adenoma, sean sometidos a pruebas de detección de sangre oculta en heces por diferentes razones, como reaparición de síntomas digestivos, dolor, alteraciones del hábito intestinal, etc. Existe otro subgrupo de pacientes que rechazan la realización de una colonoscopia como estudio preventivo. La colonoscopia no deja de ser un estudio

invasivo, su riesgo de complicaciones se incrementa a mayor edad del paciente, la decisión de realizarla antes de lo recomendado o insistir en su realización en el paciente que no se encuentra convencido, puede ayudar al médico a tomar una decisión sobre el impacto de la revisión endoscópica. Actualmente no existe evidencia científica suficiente para emitir una recomendación sólida sobre qué hacer en estos casos, sin embargo, el juicio clínico y los resultados obtenidos en este artículo pueden ayudar a ponderar el riesgo/beneficio de la colonoscopia³.

García-Osogobio et al., muestran los resultados de un programa de tamizaje con colonoscopia en un hospital privado de la ciudad de México. Tiene la gran ventaja de ser el primero de tipo prospectivo que se realiza en el país y Latinoamérica con dicho fin, tiene como limitante que son pocos pacientes. Existen múltiples indicadores de calidad en la realización de colonoscopia. Las recomendaciones internacionales proponen una tasa de detección de adenoma por colonoscopia del 15% para las mujeres y del 25% para los varones. Los resultados del estudio de García-Osogobio et al., son consistentes con los estándares internacionales y además ponen de manifiesto la importancia de otros factores de impacto en su detección como son una adecuada limpieza colónica y el tiempo de retirada del colonoscopio⁴. Otro resultado importante del estudio es la relación directa entre la edad del paciente y la detección de un adenoma colónico. Sin duda, la medicina preventiva es la estrategia con mayor costo/beneficio en un sistema de salud. Los resultados, invitan a continuar el esfuerzo de difundir en la población general la importancia y utilidad de la realización de colonoscopia como prueba preventiva para cáncer colorrectal, más aún si tomamos en cuenta que la expectativa de vida, aún en países en desarrollo como el nuestro, es cada vez mayor.

Finalmente, el tercer trabajo original presentado por Jiménez-Zamora et al. nos muestra los hallazgos endoscópicos más frecuentes relacionados a pancreatitis crónica. Utilizando diferentes clasificaciones compara su sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo

<http://dx.doi.org/10.1016/j.endomx.2015.07.004>

0188-9893/© 2015 Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

contra otros estudios como la tomografía computarizada y la resonancia magnética. Actualmente no existe una prueba estándar de oro para el diagnóstico de la pancreatitis crónica. Las pruebas funcionales pancreáticas no invasivas como la elastasa o la grasa fecal no son específicas y resultan afectadas hasta etapas avanzadas de la enfermedad. Por otro lado, las pruebas funcionales invasivas como la recolección de líquido duodenal y medición de bicarbonato o enzimas pancreáticas tras estimulación secretora intravenosa son altamente sensibles y específicas para la detección de pancreatitis crónica temprana, sin embargo requieren de una infraestructura, recurso y destreza técnica de difícil acceso en países como el nuestro⁵.

El ultrasonido endoscópico es una de las herramientas novedosas para la detección de pancreatitis crónica. Esta es una enfermedad muchas veces subdiagnosticada y provoca una menor calidad y expectativa de vida relacionada con la malignidad pancreática, desnutrición y complicaciones cardiovasculares. Estudios previos han demostrado que los cambios histológicos relacionados con la fibrosis pancreática tienen una muy buena correlación con las alteraciones endosonográficas ($r=0.85$), incluso en casos de pancreatitis crónica no calcificante⁶.

Esperando que la lectura del presente número de la revista ENDOSCOPIA sea de utilidad les reiteramos la invitación a participar activamente en ella.

Bibliografía

1. SINAIS/SINAVE/DGE/SALUD. Perfil epidemiológico de los tumores malignos en México. Junio 2011.
2. Kumaravel V, Hayden S, Hall G, et al. New fecal occult blood tests may improve adherence and mortality rates. *Cleve Clin J Med*. 2011;78:515–20.
3. Lieberman D, Rex D, Winawer S, et al., United States Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Guidelines for colonoscopy surveillance after screening and polypectomy: A consensus update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Gastroenterology*. 2012;143:844–57.
4. Atia M, Ramirez F, Gurudu S. Quality monitoring in colonoscopy: Time to act. *World J Gastrointest Endosc*. 2015;16:328–35.
5. Ketwaroo GA, Freddman SD, Sheth SG. Approach to patients with suspected chronic pancreatitis: A comprehensive review. *Pancreas*. 2015;44:173–80.
6. Varadarajulu S, Eltoun I, Tamhane A. Histopathologic correlates of noncalcific chronic pancreatitis by EUS: A prospective tissue characterization study. *Gastrointest Endosc*. 2007;66:501–93.

Enrique Murcio-Pérez
*Departamento de Endoscopia Gastrointestinal, Instituto
Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición «Salvador
Zubirán», México D.F., México*
Correo electrónico: murcio@hotmail.com