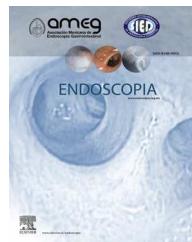




ELSEVIER

ENDOSCOPIA

www.elsevier.es/endoscopia



ALREDEDOR DEL MUNDO

Endoscopia alrededor del mundo

Endoscopy around the world

Félix Ignacio Téllez-Ávila*

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

¿Qué tan frecuentemente se pierde el diagnóstico de cáncer gástrico durante una endoscopia?

Chadwick G, Groene O, Riley S, et al. Gastric Cancers Missed During Endoscopy in England. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2015;13:1264-1270.e1.

La tasa de lesiones no diagnosticadas por endoscopia en relación con el cáncer gástrico en países occidentales está escasamente estudiado. Un grupo de investigadores del Reino Unido realizaron un estudio de cohorte retrospectivo y observacional usando información de 3 diferentes bases de datos, en los cuales identificaron a pacientes que presentaron el diagnóstico de cáncer gástrico durante un periodo de un año y, posteriormente, se valoró cuántos de estos pacientes habían sido sometidos a una endoscopia en los 3-36 meses previos.

Se identificaron 2727 pacientes con cáncer gástrico de reciente diagnóstico, un 8.3% de estos pacientes se habían sometido a una endoscopia en los 3 a 36 meses previos al diagnóstico. Los hallazgos en esta endoscopia previa (en la cual no se diagnosticó el cáncer) fueron úlcera gástrica en un 15%, e interesantemente en el 64% de los casos, la endoscopia se había realizado en el periodo entre 3 y 12 meses previos. Este grupo de pacientes con endoscopia previa (comprado con los pacientes con cáncer gástrico de

reciente diagnóstico, pero sin endoscopia previa) fueron con mayor frecuencia del sexo femenino, tenían un estadio temprano (TNM 0 o 1) y fueron menores de 55 años.

Los autores del trabajo sugieren que se debe poner especial atención en el entrenamiento adecuado para diagnosticar el cáncer, así como mejorar el protocolo de evaluación en los pacientes sometidos a endoscopia. Ellos sugieren que los pacientes con úlcera gástrica deben tener un seguimiento endoscópico hasta que curen, o bien sea realizado el diagnóstico de cáncer.

Comentario: este interesante estudio pone de manifiesto la necesidad de un adecuado entrenamiento para realizar estudios endoscópicos. En nuestro medio prácticamente cualquier médico sin un entrenamiento puede realizar un estudio de endoscopia ya que no existe una regulación clara. Seguramente si se hiciera un estudio en nuestro país las cosas serían, en el mejor de los casos, similares a los resultados obtenidos en este trabajo.

Predecir la persistencia de coledocolitis en pacientes con pancreatitis biliar

Sherman JL, Shi EW, Ranasinghe NE, et al. Validation and improvement of a proposed scoring system to detect retained common bile duct stones in gallstone pancreatitis. *Surgery* 2015;157:1073-1079.

En los pacientes con pancreatitis biliar, la presencia o ausencia de un lito retenido en el conducto biliar principal es de suma importancia ya que determina la necesidad de realizar o no una CPRE. Tradicionalmente se han utilizado 5 variables para predecir la probabilidad de coledocolitis:

* Autor para correspondencia. Departamento de Endoscopia Gastrointestinal; Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición «Salvador Zubirán»; Vasco de Quiroga, 15; Col. Sección XVI; Tlalpan, Ciudad de México, México.

Correo electrónico: felixtelleza@gmail.com

conducto biliar mayor de 9 mm, GGT > 350 U/l, ALP > 250 U/l, BT > 3 mg/dl y BD > 2 mg/dl. Estos criterios se obtuvieron de un único estudio retrospectivo.

En el presente trabajo los autores aplicaron dichos criterios de manera prospectiva a 84 pacientes hospitalizados por pancreatitis biliar, los pacientes con colangitis fueron excluidos.

Al final, de los 84 pacientes, 16 tenían un lito retenido en el colédoco:

- De 36 pacientes sin ninguno de los criterios mencionados (*score 0*) ninguno tenía litos en colédoco
- De 33 pacientes con *score* de 1 y 2 puntos, el 18% tuvo coledocolitiasis
- De 11 pacientes con 3 o 4 criterios, el 55% tuvieron coledocolitiasis
- De 4 pacientes con 5 criterios, todos tuvieron coledocolitiasis

Comentario: aunque se trata de un estudio pequeño, su diseño prospectivo le otorga fortaleza. Con estos resultados podríamos aplicar en nuestra práctica clínica la recomendación hecha por los autores: en casos de pacientes con score de 0, pasarlos directamente a cirugía, los pacientes con 1 y 2 puntos someterlos a cirugía con colangiografía transclística, los de 3 y 4 puntos someterlos a colangiorresonancia (o ultrasonido endoscópico) y los pacientes con 5 puntos someterlos primero a CPRE. Estos criterios son similares a lo que se hace tradicionalmente para dividir a los pacientes en bajo, intermedio y alto riesgo de coledocolitiasis, la ventaja con estos criterios es que no clasificas a los criterios como «muy fuertes» «fuertes» etc. Con lo cual su aplicación en la práctica pudiera ser más fácil.

El uso de IBP y el incremento del riesgo de enfermedad cardiovascular: hallazgos de un estudio retrospectivo

Shah NH, LePendu P, Bauer-Mehren A, et al. Proton Pump Inhibitor Usage and the Risk of Myocardial Infarction in the General Population. PLoS One. 2015;10:10:e0124653.

Recientemente se ha tratado de asociar a los inhibidores de bomba de protones con algunos efectos secundarios no deseados como los eventos cardiovasculares. Varios estudios retrospectivos, cuyo objetivo primario nunca fue medir los riesgos cardiovasculares han apoyado esta suposición. Basados en un estudio de los mismos autores, este grupo de investigadores evaluaron la asociación del uso de IBP con el desarrollo de infarto del miocardio en un estudio de farmacovigilancia en el cual utilizaron bases de datos, los cuales incluyeron 16 millones de documentos clínicos provenientes de 2.9 millones de pacientes.

De acuerdo a sus resultados, en los usuarios de IBP existe un aumento de 16% en la probabilidad de desarrollar infarto al miocardio (RM: 1.16; IC 95%: 1.09-1.24), así como un aumento del riesgo de muerte por una causa cardiaca HR: 2.0 (IC 95%: 1.07-3.78).

Comentario: los resultados y conclusiones de este trabajo son muy discutibles. Con un número de muestra tan grande y valores tan cercanos a la unidad de los intervalos de confianza podríamos decir que prácticamente podrían encontrar significación en cualquier cosa que se les ocurriera evaluar a este grupo de investigadores. Aun cuando tomáramos como confiables sus resultados, el número necesario para dañar sería de 4000 pacientes, es decir, que 4000 pacientes deberían de tomar IBP para poder ver un caso de infarto de miocardio atribuible al uso de IBP. Cabe mencionar que en este estudio no estratificaron para factores de riesgo asociados a ERGE (y que llevaron al uso de IBP) como puede ser la obesidad y que pudieron ser los verdaderos factores asociados al desarrollo de infarto al miocardio. En su discusión, los autores citan un estudio de 1996 en el cual se sugirió que los IBP afectaban la actividad del clopidogrel, sin embargo ignoraron estudios posteriores de nivel de evidencia 1 donde se observó que esto no era cierto (NEJM. 2010;363:1909).