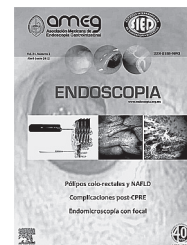




ENDOSCOPIA

www.elsevier.es



○ ALREDEDOR DEL MUNDO

Endoscopia alrededor del mundo

Endoscopy around the world

Félix Ignacio Téllez-Ávila

¿Con qué frecuencia la ablación endoscópica resulta en metaplasia “sepultada”?

Gray NA, Odze RD, Spechler SJ. Buried metaplasia after endoscopic ablation of Barrett's esophagus: A systematic review. *Am J Gastroenterol* 2011;106:1899-1908.

Durante la ablación endoscópica del epitelio de Barrett, si no se destruye todo el epitelio metaplásico (con o sin displasia), las glándulas metaplásicas en la lámina propia pueden “sepultarse” bajo el epitelio neoescomoso, y se oculta a la visión endoscópica. Sin embargo, la frecuencia de tales *metaplasias sepultadas* es desconocida y su potencial de malignidad es controversial.

Para investigar esta cuestión, los autores realizaron una revisión sistemática de estudios relativos a la frecuencia de *metaplasia sepultada*, después de la terapia fotodinámica (TFD) o ablación por radiofrecuencia (ARF) de esófago de Barrett, detectada a través de toma de biopsias del epitelio neoescomoso.

En dieciocho estudios que incluyeron 1 004 pacientes, los investigadores observaron *metaplasia sepultada* en nueve pacientes (0.9%), durante el seguimiento (intervalo: ocho semanas a cinco años). Los protocolos de biopsia se describen en 15 estudios,

pero sólo dos de ellos incluyeron la profundidad de las muestras de biopsia. En veintidós estudios, que incluyeron 953 pacientes que recibieron TFD, los investigadores observaron *metaplasia sepultada*, durante el seguimiento (intervalo: cuatro semanas a > cinco años) en 135 pacientes (14.2%). Los protocolos de biopsia se describieron en 18 estudios, pero no proporcionó información sobre la profundidad de las biopsias.

Comentario: El riesgo de cáncer asociado con *metaplasia sepultada* no está claro. Existen varias hipótesis en ambos sentidos, que explican que el riesgo puede ser mayor o menor que la de la metaplasia pretratamiento o nativa (no tratada). La prevalencia de *metaplasia sepultada* en el tejido epitelial sin tratar, no se conoce. En un estudio de pacientes con esófago de Barrett que no habían recibido terapia de ablación, el 39% de las muestras de biopsia de las islas reveló *metaplasia escamosa sepultada*. Las muestras de biopsia que no incluyen la lámina propia subepitelial, tienen una baja probabilidad de revelar *metaplasia sepultada*. En el análisis, sólo dos de 40 estudios informaron sobre la profundidad de las muestras. Otra posible debilidad de este estudio, es que los mismos pacientes podrían haber sido incluidos en más de un solo informe, ya que varios estudios son del mismo autor. Además, en estos ensayos participaron expertos de centros de referencia, por lo tanto, la extrapolación para los médicos de la comunidad sería especulativa.

Médico adscrito. Departamento de endoscopia, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Correspondencia: Dr. Félix Ignacio Téllez-Ávila. Departamento de Endoscopia Gastrointestinal. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Vasco de Quiroga 15, Col. Sección XVI, Tlalpan. México D.F., México. E-mail: felixelleza@gmail.com

Otra posible solución para bajas tasas de detección de adenomas

Lee CK, Park DI, Lee SH, et al. Participation by experienced endoscopy nurses increases the detection rate of colon polyps during a screening colonoscopy: A multicenter, prospective, randomized study. *Gastrointest Endosc* 2011;74:1094-1102.

Estudios anteriores han sugerido que las tasas de detección de adenomas (ADR), podrían aumentar cuando dos observadores (médicos) están presentes. Ahora, los investigadores han llevado a cabo un ensayo multicéntrico aleatorizado, para evaluar el efecto de tener una enfermera de endoscopia en relación con el ADR.

Pacientes mayores de 50 años, que fueron sometidos a una colonoscopia de tamizaje fueron asignados al azar, para que el examen fuera realizado por un colonoscopista solo o tener acompañamiento por una enfermera de endoscopia, observando el monitor durante la retirada. Los endoscopistas eran una mezcla de médicos adscritos y residente, las enfermeras también variaron en su grado de experiencia. Las enfermeras fueron consideradas como experimentadas si habían trabajado en la unidad de endoscopia gastrointestinal, por lo menos dos años.

Cerca de 800 colonoscopías fueron realizadas durante el periodo de estudio. En general, tener un segundo observador no afectó la tasa de detección de pólipos (PDR) o ADR. Sin embargo, en los procedimientos realizados por residentes y que estuvieron acompañados por una enfermera experimentada como observador, se reconoció un aumento significativo en el PDR (del 47% al 67%) y un aumento con tendencia a la significancia en el ADR (del 40% al 54%).

Comentario: Estos resultados sugieren que la presencia como observador, por parte de una enfermera con experiencia, puede mejorar la detección de pólipos y adenomas durante los procedimientos realizados por un endoscopista en entrenamiento. Se requieren estudios adicionales, tanto para validar este hallazgo (dado que se hizo a partir de un análisis de subgrupo), para determinar si el mismo enfoque podría beneficiar a los endoscopistas experimentados, con bajas tasas de detección.

El riesgo de cáncer colorrectal es más alto después de la extirpación de adenomas

Cottet V, Jooste V, Fournel I, et al. Long-term risk of colorectal cancer after adenoma removal: A

population-based cohort study. *Gut* 2011 Nov 22; [e-pub ahead of print].

Los estudios que estiman el riesgo de cáncer colorrectal (CCR), en pacientes que han sufrido la extirpación de un adenoma en comparación con la población general, han dado resultados muy discordantes. Estas discrepancias, a veces pueden ser explicadas por la variabilidad en los requisitos de elegibilidad de pacientes, el tipo de seguimiento y las poblaciones de origen.

Ahora, los investigadores han llevado a cabo un estudio retrospectivo de cohortes, para comparar el riesgo de CCR después de la extirpación de adenomas, en la de la población general. Se utilizaron los registros de población, identificándose 5 779 residentes de Borgoña, Francia, que habían sufrido una extirpación única de adenoma y registraron los diagnósticos posteriores de cáncer. La mediana de tiempo de seguimiento, desde la fecha de diagnóstico de adenoma fue de 7.7 años. Los resultados fueron los siguientes:

Excluyendo el primer año después de la extirpación del adenoma, más casos de CCR fueron diagnosticados en la población de estudio, que en la población general (87 vs 69, razón de incidencia estandarizada, SIR=1.26).

En la colonoscopia inicial, el 33% de los pacientes tenían adenomas avanzados (definidos con un tamaño de 1 cm, elementos vellosos o displasia de alto grado), y su riesgo de CCR incidente fue mayor que en la población general (SIR=2.2).

Entre los que tenían adenomas no avanzados, el riesgo fue menor que en la población general (SIR=0.68).

Entre 4 881 pacientes con datos disponibles sobre la colonoscopia de seguimiento, el 58% contaban con esta información de seguimiento.

Entre aquellos con adenomas avanzados que no tuvieron una colonoscopia de seguimiento, el riesgo de cáncer era cuatro veces mayor que en la población general (SIR=4.26). Los que recibieron colonoscopia de seguimiento, no estaban en mayor riesgo.

Entre los pacientes con adenomas avanzados, la proporción de cánceres en estadios avanzados fue del 28.3% en los pacientes con colonoscopia de seguimiento, y el 7.5% en los pacientes sin seguimiento.

Comentario: Este estudio amplía nuestro entendimiento del riesgo de cáncer, después de la extirpación del adenoma de dos maneras. En primer lugar, ningún estudio ha observado realmente la historia natural de los pacientes con adenomas, pero estos datos indican que el riesgo se incrementa en comparación con la población general. Y los riesgos observados

aquí, sin duda, serían mayores si los cánceres diagnosticados dentro de un año de la colonoscopia fueran incluidos. Por lo tanto, los estudios con resultados de estudios de cohortes con tasas de incidencia a nivel de la población en general o incluso debajo de él, podrían representar un éxito considerable para la colonoscopia. En segundo lugar, este estudio muestra que el mayor riesgo para el CCR se presenta principalmente en pacientes con adenomas avanzados, en la colonoscopia base. Esto pone de relieve la importancia de la colonoscopia de seguimiento en este grupo, y destaca la importancia de los estudios de varios países, los cuales informan de que un gran número de pacientes con adenomas avanzados, sin adecuados exámenes de seguimiento.

¿Cuándo decimos que un colon está sucio?

Larsen M, Hills N, Terdiman J. The impact of the quality of colon preparation on follow-up colonoscopy recommendations. *Am J Gastroenterol* 2011;106:2058-2062.

Una encuesta anterior, sobre las recomendaciones de gastroenterólogos israelíes para los intervalos de colonoscopia de seguimiento, sobre la base de fotografías de diversa calidad de la preparación del colon, produjo una amplia gama de respuestas. Ahora, en un estudio similar 239 gastroenterólogos (85% de USA), eligieron de una lista de sugerencias de seguimiento, los intervalos de la colonoscopia mediante la evaluación de cuatro fotografías, cada una de las cuatro preparaciones con grados diferentes de calidad, en un paciente hipotético con riesgo promedio. Las fotografías mostraron esencialmente ausencia de heces para la mejor preparación y de manera gradual, presencia de heces en mayor cantidad para los otros grados.

Los resultados fueron como sigue:

- Para la mejor preparación, las respuestas fueron 10 años 83%, cinco años 10%, siete años 5% y 1% para uno, tres, seis y ocho años.
- Para la preparación peor de apariencia, las respuestas fueron de uno a dos días 37%, tres meses 21%, un año 15%, seis meses (11%), cinco años (8%), tres años 6% y 1% para dos, cuatro, siete y 10 años.

Para los dos niveles intermedios, las respuestas fueron incluso más variadas que para la peor preparación.

En una encuesta de seguimiento, las respuestas de 94 gastroenterólogos también variaron ampliamente a una pregunta, acerca de si los pólipos > 1 cm se

pueden perder en las preparaciones *pobre, regular, buena o excelente*.

Comentario: Los autores instan creando las directrices para los gastroenterólogos clínicos “*para asegurarse de recomendaciones consistentes y clínicamente apropiadas, para una colonoscopia de seguimiento, cuando la preparación del colon no es ideal*”. La creación de estas directrices son difíciles en ausencia de estudios prospectivos, y cuando no hay consistencia en las definiciones aceptadas, para especificar la calidad de preparación del colon. Sabemos por estudios prospectivos, que la mala preparación se ha asociado con procedimientos más largos y menores tasas de detección de adenomas. Mientras que ninguna evidencia sugiere que la preparación intestinal, interfiere con la detección del cáncer, si podemos suponer que en el caso de suspender un estudio ya iniciado, algunos pacientes podrían no regresar para los exámenes de seguimiento. Esta última observación, justifica la continuación de una colonoscopia a pesar de la preparación intestinal deficiente. En lugar de abortar y reprogramar dichos procedimientos, a veces es mejor tratar de “rescatar” un estudio -ya sea en el mismo día o al día siguiente-, con la administración de soluciones adicionales de preparación.

Los informes de niveles sorprendentemente altos de preparación intestinal deficiente (20% a 40% de los pacientes), son vistos en todo el mundo. Estos análisis a veces se originan en los centros, que siguen utilizando la administración de la preparación el día antes o la noche previa, lo cual es claramente inferior a la fracción de la dosis y la misma durante ese día.

Características morfológicas y datos centinelas para detectar mejor lesiones dentadas

Tadepalli US, Feihel D, Miller KM, et al. A morphologic analysis of sessile serrated polyps observed during routine colonoscopy (with video). *Gastrointest Endosc* 2011;74:1360-1368.

Estudios recientes han demostrado que los pacientes que padecen cáncer colorrectal (CCR), después de la colonoscopia (cáncer de intervalo), son más propensos a tener tumores que se localizan en el colon proximal, demostrándose la presencia de inestabilidad microsatélite y el fenotipo metilador CpG -características de los tumores, que se desarrollan a través de la vía de pólipos serrados-. El principal precursor de estos cánceres, se cree que es el pólipo sésil dentado

(o adenoma serrado sésil). Para mejorar la detección de estos pólipos, los investigadores han descrito de forma sistemática su presentación endoscópica.

Dos endoscopistas identificaron 158 pólipos sésiles serrados en 124 pacientes, revisándose las grabaciones de video de las lesiones. La clasificación morfológica de París, fue plana en el 98% de las lesiones. Las características endoscópicas incluyeron: una capa de moco 64%, un borde periférico de burbujas 52%, la alteración del contorno de un pliegue de la mucosa 37%, oscurecimiento de un vaso sanguíneo submucosa subyacente 32% y una superficie nodular 30%. Veintiún lesiones (13.3%) tenían sólo una de estas características.

Los autores también evaluaron signos centinelas, o el primer dato de la mucosa que atrajo la atención del endoscopista a la lesión. Entre 69 pólipos serrados sésiles de los cuales se tenía un video, los endoscopistas eligieron el mismo signo centinela en 57 pólipos (83%). Estos incluyeron: el tapón de moco 25%, la alteración del contorno de un pliegue 25%, el halo de detritus o burbujas 22% y un saliente en forma de cúpula por encima de la mucosa 20%.

Comentario: Este estudio proporciona un análisis sistemático de las características endoscópicas, de este importante conjunto de lesiones. Se describe por dos endoscopistas experimentados y contiene fotos de alta calidad, acerca de los signos endoscópicos.

Administración de la preparación el mismo día vs dosis dividida para colonoscopias por la tarde

Longcroft-Wheaton G, Bhandari P. Same-day bowel cleansing regimen is superior to a split-dose regimen over two days for afternoon colonoscopy: Results from a large prospective series. J Clin Gastroenterol 2012;46:57-61.

Varios estudios han demostrado claramente, que la dosis dividida de las preparaciones intestinales

(que da una mitad de la preparación la noche antes de la colonoscopia, y la otra mitad en la mañana del procedimiento), es superior a la administración completa un día antes, con respecto a la eficacia y tolerabilidad en limpieza. En otros estudios, la administración el mismo día ha proporcionado una mejor limpieza, en comparación con la administración la tarde previa de la colonoscopia. Para explorar más a fondo las ventajas de esta estrategia, investigadores en el Reino Unido llevaron a cabo un estudio randomizado, simple, ciego, de la administración el mismo día en comparación con dosis dividida, en 227 pacientes que se sometieron a una colonoscopia de tamizaje por la tarde.

En el grupo de “dosis fraccionada”, 95 pacientes consecutivos reclutados durante un periodo de seis meses, se les dio tres sobres de picosulfato de sodio al mediodía y a las 17:00 horas el día anterior, y a las 8:00 horas del día del procedimiento. En el grupo “el mismo día”, 132 pacientes consecutivos reclutados durante el siguiente periodo de seis meses, se les dio picosulfato de sodio a las 7:00 horas y 10:00 horas del procedimiento.

El grupo “el mismo día” logró una mejor calidad de la preparación del intestino, que en el grupo de “dosis fraccionada” ($p=0.005$), éstos experimentaron menos acontecimientos adversos ($p=0.002$) y menos interrupción de las actividades cotidianas ($p<0.001$). Además, los pacientes prefirieron el régimen del mismo día.

Comentario: Este ensayo es el segundo que demuestran una preferencia por la preparación el mismo día, cuando los pacientes están programados para colonoscopia por la tarde. El estudio tiene algunas debilidades, tales como no fue al azar y el régimen de dosis fraccionada involucrada una sola dosis -al mediodía y el día antes de la colonoscopia-, puesto que en la mayoría de esquemas la primera dosis se toma la noche antes del procedimiento. Sin embargo, el estudio continúa aportando datos en relación con la efectividad de la preparación intestinal el mismo día, cuando los pacientes están programados para colonoscopia por la tarde.

Fé de erratas

Del trabajo publicado por Rojas-Macuil y cols en las paginas 35-38 del número 1 de Endoscopia 2012 en el apartado referente a autores solo debe incluir al Dr. Paulo Roberto Rojas Macuil quedando el resto de colaboradores fuera de dicho apartado.