



● ALREDEDOR DEL MUNDO

Endoscopia alrededor del mundo

Endoscopy around the world

Félix Ignacio Téllez-Ávila

¿Bajas o altas dosis de inhibidor de bomba de protones después de hemostasia endoscópica?

Chen C-C, Fang YJ, HSU SJ, et al. Randomised clinical trial: High-dose vs. standard-dose proton pump inhibitors for the prevention of recurrent haemorrhage after combined endoscopic haemostasis of bleeding peptic ulcers. Aliment Pharmacol Ther 2012;35:894-903.

El tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP) puede reducir la recurrencia de sangrado y mortalidad en pacientes con úlceras pépticas sangrantes y estigmas endoscópicos de hemorragia recurrente. Este efecto se ve con y sin la hemostasia endoscópica. Aunque la mayoría de las guías de tratamiento, recomiendan dosis altas por vía intravenosa de PPI para los tres primeros días, la dosis óptima no ha sido determinada.

Para estudiar esta cuestión, investigadores de Taiwán realizaron un ensayo clínico que incluyó a pacientes con úlceras de alto riesgo, en los cuales la hemostasia endoscópica mediante inyección de epinefrina y termocoagulación fue un éxito. Un total de 201 participantes fueron asignados aleatoriamente para recibir dosis altas (80 mg en bolo, luego de 8 mg/hora) o dosis baja (40 mg en bolo al día) de pantoprazol por vía intravenosa durante tres días, seguido de pantoprazol oral (40 mg/día) durante 27 días.

Las tasas de mortalidad y recurrencia de sangrado, la media de unidades de sangre transfundida ($p=0.05$), necesidad de cirugía, y la duración de la estancia hospitalaria fue similar entre los grupos. Los factores de riesgo independientes para recurrencia de sangrado fueron enfermedad renal terminal, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y hematemesis al momento de la presentación. La infección por *Helicobacter pylori* se asocia con un menor riesgo de recurrencia de sangrado.

Comentario: Se necesita investigación adicional para confirmar la equivalencia terapéutica de dosis bajas de IBP en este contexto. Los autores comentan el posible efecto de las diferencias genéticas en el metabolismo de los IBP. Sólo el 9% de los pacientes en el estudio carecía del gen CYP2C19. Si los presentes resultados son reproducibles en otros países, puede ser posible reducir la dosis recomendada PPI para pacientes con hemorragia digestiva alta. El siguiente paso lógico sería determinar si la terapia oral es tan eficaz, como un tratamiento intravenoso.

El tratamiento endoscópico es superior al tratamiento quirúrgico para la necrosis pancreática infectada

Bakker OJ, van Santvoort HC, van Brunschot S, et al. Endoscopic transgastric vs surgical necrosectomy for infected necrotizing pancreatitis: A randomized trial. JAMA 2012; 307:1053-1061.

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

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. Correo electrónico: felixtelleza@gmail.com



La necrosis pancreática infectada es una de las complicaciones más graves de pancreatitis. En el pasado, la identificación de la necrosis infectada llevó a desbridamiento abierto inmediato con una alta mortalidad y morbilidad. Ahora estos pacientes son tratados con antibióticos y procedimientos menos invasivos, como el desbridamiento quirúrgico mínimamente invasivo o laparoscópica retroperitoneal, drenaje percutáneo y desbridamiento y necrosectomía transgástrica endoscópica. Sin embargo, si una de estas técnicas es mejor que otra es desconocido.

Para contrastar los resultados de los tratamientos endoscópicos en comparación con cirugía, 22 pacientes con necrosis pancreática infectada fueron aleatorizados para recibir necrosectomía endoscópica transgástrica o necrosectomía quirúrgica. La necrosectomía quirúrgica implicó un desbridamiento retroperitoneal video-asistida utilizando un laparoscopio, un procedimiento previamente demostrado ser superior a la laparotomía abierta tradicional. La necrosectomía endoscópica transgástrica involucró la punción guiada por ecografía endoscópica, la dilatación con balón y colocación de dos stents plásticos y un catéter nasoquístico. El riego a través del catéter se realizó durante 24 horas con 1 L de solución salina normal, seguida por la dilatación del sitio para permitir el paso de un endoscopio estándar de visión frontal hacia la cavidad, para evacuar el tejido necrótico. El procedimiento se repitió hasta que la mayoría del material necrótico se eliminó. Todos los pacientes fueron tratados con antibióticos. El objetivo primario fue la respuesta proinflamatoria después de necrosectomía, medida por la concentración sérica de interleucina 6 (IL-6). Los objetivos secundarios fueron complicaciones mayores y la muerte.

En el grupo quirúrgico, seis de los 10 pacientes se sometieron a desbridamiento retroperitoneal video-asistido y cuatro requirieron laparotomía. En el grupo de endoscopia, los 10 pacientes fueron sometidos a necrosectomía transgástrica y requirieron una media de tres procedimientos. La IL-6 aumentó después de necrosectomía quirúrgica y disminuyó después de necrosectomía endoscópica ($p=0.004$). A los seis meses de seguimiento, los pacientes en el grupo de endoscopia en comparación con el grupo de cirugía experimentaron menos complicaciones graves o muerte (20% vs 80%, $p=0.03$), un menor número de casos de falla orgánica de nuevo inicio (0% vs 50%), fistula pancreática (10% vs 70%) y necesidad de sustitución con enzimas pancreáticas (0% vs 50%). Uno de los pacientes en el brazo de endoscopia y cuatro pacientes en el brazo de cirugía, fallecieron.

Comentario: En este primer estudio que compara dos métodos mínimamente invasivos para el tratamiento de la necrosis pancreática infectada, la necrosectomía endoscópica reduce la respuesta proinflamatoria, la mortalidad y la aparición de complicaciones mayores en comparación con necrosectomía quirúrgica. Aunque inicialmente se planeó como mínimamente invasiva, el abordaje quirúrgico requiere con frecuencia de conversión a un procedimiento abierto, lo que podría explicar las grandes diferencias en las complicaciones. A pesar de su pequeño tamaño, este estudio pone de relieve las diferencias en los resultados entre los grupos, y refuerza el papel cada vez más importante, que las técnicas endoscópicas están jugando en el manejo de la pancreatitis grave y necrotizante.

El uso de inhibidor de bomba de protones está asociado a peritonitis bacteriana espontánea

Goel GA, Deshpande A, López R, et al. Increased rate of spontaneous bacterial peritonitis among cirrhotic patients receiving pharmacologic acid suppression. Clin Gastroenterol Hepatol 2012;10:422-427.

La peritonitis bacteriana espontánea (PBE) es una complicación frecuente en la cirrosis. Las altas tasas de traslocación bacteriana espontánea y el compromiso de las defensas del huésped en los pacientes con cirrosis, parecen jugar un papel importante en el desarrollo de la PBE. El uso de terapia para la supresión de ácido, con su predisposición a la proliferación bacteriana y la translocación bacteriana, podría aumentar el riesgo para el desarrollo de la PBE.

Para evaluar si el inhibidor de la bomba de protones (IBP) se relacionó con la PBE en pacientes hospitalizados con cirrosis, los investigadores realizaron un estudio retrospectivo de casos y controles. Entre 1 309 pacientes ingresados en un centro de tercer nivel de atención, durante un período de cuatro años, los investigadores identificaron 65 casos (pacientes con cirrosis y PBE) y 65 controles (pacientes con cirrosis y ascitis, pero no hay evidencia de PBE) para evaluar su uso previo de los IBP.

El uso de IBP en los últimos siete días fue mayor en los casos, que en los controles (71% vs 42%, $p<0.001$). Cabe destacar, que el 68% de los casos no tenía ninguna indicación documentada para el uso de IBP. Después de ajustar por Child-Pugh-Turcotte, el análisis multivariado demostró una probabilidad



del 70% menor de desarrollar la PBE entre los pacientes que no tienen uso de IBP en los últimos 90 días, frente a los pacientes con el uso de IBP en los últimos siete días (RM 0.29; $p=0.005$).

Comentario: Este estudio, aunque retrospectivo, sugiere que el uso de IBP se asocia con mayores tasas de PBE en pacientes con cirrosis. La sobreutilización de los IBP sigue siendo un problema, especialmente para el uso a largo plazo y dosis altas, que se han vinculado a los resultados adversos. Ensayos controlados aleatorios son necesarios para validar la asociación entre el IBP y el uso de la PBE. Mientras tanto, los médicos deben estar atentos a que el uso de IBP sea solamente en los casos adecuados.

Estudio aleatorizado controlado de indometacina vía rectal para prevenir pancreatitis post-CPRE

Elmunzer BJ, Scheiman JM, Lehman GA, et al. A randomized trial of rectal indomethacin to prevent post-ERCP pancreatitis. N Engl J Med 2012;366:1414-1422.

Estudios preliminares han mostrado que la administración de antiinflamatorios no esteroideos

(AINE's), pueden reducir la incidencia de pancreatitis post-CPRE. Un grupo de investigadores realizaron un estudio aleatorizado, doble ciego, donde incluyeron pacientes de alto riesgo (tanto por factores del paciente como directamente del procedimiento), para pancreatitis post-CPRE (la mayoría con diagnóstico de disfunción de esfínter de Oddi). Se definió como pancreatitis post-CPRE, a la presencia de dolor abdominal y elevación (al menos tres veces el valor normal) de las enzimas pancreáticas 24 horas después del procedimiento, y que requirieran de hospitalización al menos dos días. Incluyeron 602 pacientes. La incidencia de pancreatitis aguda fue de 27 de 295 (9.2%) en el grupo de indometacina, y de 52 de 307 (16.9%) en el grupo placebo. Los casos de pancreatitis moderada y grave también fueron mayores en el grupo placebo, 13 (4.4%) vs 27 (8.8%), con un valor de $p=0.03$.

Comentario: El uso de AINE's vía rectal como profilaxis para pancreatitis post-CPRE, es una maniobra que se usa de manera sistemática en algunos centros, especialmente en casos de alto riesgo. El presente trabajo tiene un muy buen diseño y aporta evidencia para continuar con esta maniobra. Un punto a considerar es el alto porcentaje (82%) de pacientes con disfunción de esfínter de Oddi.