



○ ALREDEDOR DEL MUNDO

Endoscopia alrededor del mundo

Endoscopy around the world

Félix Ignacio Téllez-Ávila

Pohl H, Srivastava A, Bensen S, et al. Incomplete polyp resection during colonoscopy. Results of the Complete Adenoma Resection (CARE) Study. *Gastroenterology* 2013;144:74-80.

Resección incompleta de pólipos durante la colonoscopia. Resultados del Estudio Resección Completa de Adenomas (CARE)

Aunque la tasa de detección de adenomas se considera dentro de los parámetros de calidad en colonoscopia, la resección completa de los adenomas detectados no se ha estudiado de manera suficiente. Los investigadores realizaron un interesante estudio de manera prospectiva en 1 427 pacientes, quienes se sometieron a colonoscopia en dos diferentes centros, con al menos un pólipos no pediculado. Después de que los endoscopistas consideraban de manera macroscópica, que habían logrado una resección completa, tomaron biopsias de los márgenes de resección y se enviaron las muestras a patología. El objetivo principal fue evaluar el porcentaje de resección incompleta (TRI, tasa de resección incompleta),

determinado por la presencia de tejido adenomatoso en las biopsias tomadas pospolipectomía. Tuvieron una TRI de 10.1%. Los pólipos entre 10-20 mm de diámetro fueron más probablemente resecados de manera incompleta, al comparar con pólipos entre 5-9 mm (17.3% vs. 6.8%; RR=2.1), así como los pólipos dentados sésiles comparados con adenomas convencionales (31% vs. 7.2%; RR=3.7%). Los autores concluyen que la TRI de pólipos adenomatosos es considerable.

Comentario: Este interesante trabajo plantea otra de las posibles explicaciones para los cánceres de intervalo. Tradicionalmente, se ha considerado que la falta de detección de los pólipos adenomatosos son los responsables de la patología mencionada, sin embargo, si detectamos un pólipos adenomatoso que resecamos de manera incompleta puede ser otra de las posibles causas. Es interesante notar la alta TRI, aún cuando de manera macroscópica el endoscopista consideraba que la resección había sido completa. Vale la pena considerar estudios a futuro para poder determinar de manera más fidedigna, durante el estudio de colonoscopia, si es necesario que ampliemos los márgenes de resección.

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 N° 15, Colonia Sección XVI, Delegación Tlalpan, México D.F., México. Correo electrónico: felixtelleza@gmail.com



Lynch KL, Pandolfino JE, Howden CW, et al. Major complications of pneumatic dilation and Heller myotomy for achalasia: single-center experience and systematic review of the literature. Am J Gastroenterol 2012;107:1817.

Dilatación neumática vs. miotomía de Heller laparoscópica para acalasia

Datos recientes sugieren una eficacia comparable a la dilatación neumática (DP) y la miotomía de Heller laparoscópica (LHM), en el tratamiento de pacientes con acalasia. Entonces... ¿cuál es el mejor? Los investigadores realizaron un estudio en el cual examinaron las tasas de complicaciones de la DP y la LHM, en un centro de alto volumen para el tratamiento de la acalasia. Además, los autores realizaron una revisión sistemática de la literatura sobre la DP (con el uso de dilatadores Rigiflex® solamente) y perforación esofágica relacionada.

Durante un periodo de 12 años, 463 pacientes con acalasia se sometieron a 567 DP o LHM. La mayoría de DP (78%) se realizó con un balón de 30 mm Rigiflex®, siendo efectiva en 91% de los pacientes (64% después de un solo procedimiento y 27% adicional después de dos procedimientos). Los pacientes que no mejoraron después de DP, fueron remitidos para LHM. Toda DP fue realizada por gastroenterólogos experimentados (los que habían realizado 75 procedimientos), usando protocolos similares. Ocurrieron perforaciones clínicamente significativas en siete procedimientos (una DP y seis LHM). No se registraron muertes como resultado de estas perforaciones, aunque dos muertes ocurrieron dentro de los 30 días de LHM por causas no relacionadas. La tasa combinada de muerte o de complicaciones fue menor después de la DP vs. la LHM ($p=0.02$). La revisión sistemática de la literatura médica, reveló tasas variables de perforación esofágica para la DP (0%-14%) y LHM (0%-5%).

Comentario: En este trabajo los autores respaldan la idea de que en un centro de alto volumen con operadores experimentados usando un protocolo consistente, la tasa de perforación con DP es inferior a la tasa de perforación de LHM, siendo considerablemente más baja que las reportadas en estudios previos. En algunos de los estudios que informan tasas altas de complicaciones de la DP, es porque se utilizó un balón de 40 mm. Los autores concluyen recomendando un tamaño máximo del balón de 35 mm, y la

derivación de pacientes para LHM que tienen una respuesta inadecuada.

Bassan MS, Holt B, Moss A, et al. Carbon dioxide insufflation reduces number of postprocedure admissions after endoscopic resection of large colonic lesions: A prospective cohort study. Gastrointest Endosc 2013;77:90.

El uso de dióxido de carbono para la resección de pólipos grandes reduce la frecuencia de admisiones posteriores al tratamiento endoscópico

Después del procedimiento, la admisión al hospital es menor que con la insuflación de aire.

El dióxido de carbono se absorbe mucho más rápidamente que el aire cuando se usa para la insuflación durante la colonoscopia, lo que resulta en una menor distensión por gas después del procedimiento, con la consiguiente menor intensidad del dolor. Para evaluar si estos beneficios se traducen en un menor número de ingresos hospitalarios después del procedimiento, los investigadores realizaron un estudio de cohorte prospectiva de pacientes sometidos a resección de lesiones colónicas sésiles de 2 cm, en un centro de tercer nivel.

El aire se utilizó para la insuflación durante los primeros años del estudio, seguido de una conversión al uso de dióxido de carbono. De 524 pacientes, 334 fueron sometidos a resección endoscópica de 347 lesiones con insuflación de aire, y 190 pacientes fueron sometidos a resección de 228 lesiones con insuflación de dióxido de carbono. La tasa general de admisión después del procedimiento fue menor con el uso de dióxido de carbono, en comparación con el uso de aire (3.4% vs. 8.9%; $p=0.01$); la tasa de admisión para el dolor abdominal sin evidencia de perforación también fue menor (1.0% vs. 5.7%; $p=0.006$). En el análisis multivariado, la edad avanzada y la duración del procedimiento fueron predictores independientes adicionales para la admisión después del procedimiento.

Comentario: Estos resultados apoyan la idea de que el uso de dióxido de carbono reduce considerablemente el dolor después del procedimiento, en pacientes que no tienen perforaciones o quemaduras serosas. Actualmente, en los centros de alto nivel con un porcentaje alto de procedimientos terapéuticos, el uso de dióxido de carbono se lleva a cabo de manera sistemática.



Hyett BH, Abougergi MS, Charpentier JP, et al. The AIMS65 score compared with the Glasgow-Blatchford score in predicting outcomes in upper GI bleeding. Gastrointest Endosc 2013; 77:551-557.

El score AIMS65 comparado con la escala de Glasgow-Blatchford para predecir desenlaces en pacientes con sangrado de tubo digestivo alto

Al comparar los sistemas de puntuación para predecir los resultados en la hemorragia digestiva alta (HDA), el sistema AIMS65 predice mejor la mortalidad y el Glasgow-Blatchford (GBS) predijo mejor la necesidad de una transfusión, pero los dos sistemas de puntuación pueden ser útiles en la identificación de pacientes de alto riesgo con HDA.

Los investigadores recientemente diseñaron y validaron el AIMS65 -un nuevo sistema de puntuación para predecir los resultados de los pacientes con HDA-, con una gran población de pacientes de 187 hospitales de Estados Unidos. Ahora, los investigadores han revalidado AIMS65 utilizando datos de 278 pacientes con HDA, de un hospital de tercer nivel, que tenían una mayor gravedad de la enfermedad observada en la población original. También se comparó el desempeño de AIMS65 *vs.* el sistema de GBS,

para predecir mortalidad hospitalaria y varias medidas de resultado secundarias: la variable combinada de mortalidad, nuevas hemorragias y necesidad de intervención endoscópica, radiológica o intervención quirúrgica, así como la necesidad de transfusión, admisión a Unidad de Cuidados Intensivos, recurrencia de sangrado, la duración de la estancia hospitalaria y el momento de la endoscopia.

La mortalidad hospitalaria global fue del 6.5%. El criterio de valoración compuesto fue visto en el 35%. El AIMS65 fue superior al GBS para predecir la mortalidad (área bajo la curva ROC 0.93 *vs.* 0.68; $p<0.001$), pero GBS fue superior para predecir la necesidad de transfusión (AUROC 0.85 *vs.* 0.65; $p<0.01$). Valores de GBS de 10 y 12, maximizaron la precisión para predecir mortalidad y recurrencia de sangrado, respectivamente. Valores ≥ 2 en el AIMS65, maximizan la precisión para predecir ambos resultados.

Comentario: Los resultados de este estudio provenientes de un hospital de tercer nivel con experiencia en el tratamiento de pacientes con HDA, pueden no ser generalizables a otros contextos. Lo que parece claro a partir de las pruebas relativas a los sistemas de puntuación, es que el estado de choque, la edad avanzada y las comorbilidades pueden identificar a los pacientes con alto riesgo de resultados adversos.

