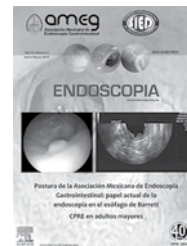




ENDOSCOPIA

www.elsevier.es



○ ALREDEDOR DEL MUNDO

Endoscopia alrededor del mundo

Endoscopy around the world

Félix Ignacio Téllez-Ávila

Los pólipos avanzados son más pequeños en el lado derecho del colon

Gupta S, Balasubramanian BA, Fu T, et al. Polyps with advanced neoplasia are smaller in the right than in the left colon: Implications for colorectal cancer screening. Clin Gastroenterol Hepatol 2012;10:1395-1401.

Varios estudios observacionales sugieren que la colonoscopia es menos eficaz en la prevención de cáncer para el lado derecho del colon que el cáncer de colon descendente. Las razones posibles incluyen una peor preparación del intestino y una mayor incidencia de úlceras o lesiones sutiles (por ejemplo, adenomas convencionales planos y deprimidos y lesiones serradas), en el lado derecho comparado con el lado izquierdo del colon. Para explorar si los pólipos avanzados podrían ser más pequeños -y por lo tanto, más probable que se pierdan- en el lado derecho comparado con los pólipos avanzados del lado izquierdo del colon, los investigadores realizaron un estudio transversal de 233 414 pólipos de 142 686 pacientes en todo los EUA. Todas las muestras fueron enviadas a un solo laboratorio para el análisis de la

patología y el tamaño de la lesión se determinó a partir del fragmento más grande de pólipo.

El tamaño promedio de los pólipos con displasia de alto grado o cáncer invasivo submucoso fue menor en el colon derecho (incluyendo la flexura esplénica y transversal), que en el colon izquierdo (8.2 mm vs. 12.4 mm, $p < 0.001$). La mayoría de las lesiones en el colon derecho (70%) fueron de 9 mm de tamaño, mientras que la mayoría en el lado izquierdo (63%) fueron > 9 mm de tamaño. Entre aquellos con displasia de alto grado o adenocarcinoma, lesiones del lado derecho eran cinco veces más probable que fueran < 6 mm y presentaban tres veces más probabilidades de tener una medida entre 6-9 mm, en comparación con lesiones del lado izquierdo. Las diferencias fueron más evidentes cuando los análisis se limitan a lesiones cancerosas.

Comentario: La principal limitación de este estudio es la incapacidad para determinar si los pólipos del lado derecho eran más propensos que los pólipos del lado izquierdo a ser sólo biopsiados o a resecarse por partes, lo que parcialmente podría explicar su tendencia a ser considerados de menor tamaño. Si estudios prospectivos confirman estos hallazgos, se ofrecen una posible explicación de por qué la colonoscopia es menos protectora contra el cáncer de colon del lado derecho.

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: felixstelleza@gmail.com

¿La transfusión de glóbulos rojos aumenta el riesgo de recurrencia de sangrado en la hemorragia de tubo digestivo alto no-variceal?

Restellini S, Kherad O, Jairath V, et al. Red blood cell transfusion is associated with increased rebleeding in patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Aliment Pharmacol Ther 2013;37:316-322.

El tratamiento para la hemorragia de tubo digestivo alto no-variceal (HTDA-NV) comúnmente incluye la transfusión de paquetes globulares. Sin embargo, estudios recientes sugieren que la transfusión de glóbulos rojos, se asocia con un mayor riesgo de resultados adversos de los pacientes en entornos de cuidados críticos. En el estudio actual, los investigadores exploraron si la transfusión de glóbulos rojos dentro de las 24 horas siguientes al ingreso, se asoció con recurrencia de sangrado y mortalidad en 1 677 pacientes con HTDA-NV, que se sometieron a una endoscopia en hospitales canadienses.

En general, el 53.7% de los pacientes recibieron transfusiones de glóbulos rojos, el 17.9% de los pacientes presentaron recurrencia de sangrado y murieron el 5.4%. Después de ajustar por múltiples variables de confusión, la transfusión de glóbulos rojos se asoció con un mayor riesgo de nuevos episodios de hemorragia (OR ajustado=1.8; IC 95%=1.2-2.8), pero no se asoció con la mortalidad.

Los autores concluyen que la transfusión de glóbulos rojos se asocia con un riesgo casi dos veces mayor de recurrencia de sangrado.

Comentario: Como se ha señalado por los autores, la asociación no prueba la causalidad. Otros factores se asociaron también con nuevos episodio de hemorragia, incluyendo lesiones de alto riesgo endoscópico y evidencia clínica de sangrado (sangre en un tubo nasogástrico o en el examen rectal).

La nueva orientación de la American College of Physicians tiene como objetivo evitar procedimientos innecesarios y sus complicaciones asociadas, así como los costos extras ocasionados

*Shaheen NJ, Weinberg DS, Denberg TD, et al. Up-
per endoscopy for gastroesophageal reflux disease: Best*

practice advice from the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Ann Intern Med 2012;157:808-816.

La utilización de endoscopia superior (EGD) en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) ha aumentado dramáticamente durante la última década. Gran parte de este aumento se debe a la utilización de la EGD, como una prueba de detección para el esófago de Barrett (EB). Sin embargo, estudios recientes sugieren que la vigilancia endoscópica del EB se ha sobreutilizado y que la progresión de EB a adenocarcinoma de esófago ha sido también sobreestimado.

Dentro de este contexto, el Colegio Americano de Médicos ha publicado algunas modificaciones a sus recomendaciones, en el contexto de las indicaciones de la EGD en los pacientes con ERGE:

- “Síntomas de alarma” (disfagia, sangrado, vómitos, pérdida de peso, anemia).
- Datos de ERGE persistentes a pesar de la terapia con inhibidor de la bomba de protones, dos veces al día durante cuatro a ocho semanas.
- Esofagitis erosiva grave después de un curso de dos meses de tratamiento con inhibidores de la bomba de protones, para evaluar la curación y descartar EB.
- Antecedentes de estenosis esofágica con síntomas recurrentes de disfagia.
- Seguimiento de EB ya conocido (si no hay displasia, intervalo de vigilancia por más de tres a cinco años).
- Hombres mayores de 50 años con síntomas crónicos de ERGE (> 5 años) y los factores de riesgo adicionales (ERGE nocturno, hernia hiatal, aumento del índice de masa corporal, distribución de grasa intraabdominal y el consumo de tabaco).

La EGD de tamizaje no se debe recomendar a las mujeres sin importar la edad, y tampoco está indicada para los hombres < 50 años.

Comentario: La EGD está sobreutilizada en los pacientes con ERGE por múltiples razones.

Respuesta probable a la pregunta planteada en el segundo artículo de esta sección “Endoscopia alrededor del mundo”

Villanueva C, Colomo A, Bosch A, et al. Transfusion strategies for acute upper gastrointestinal bleeding. N Engl J Med 2013;368:11-21.



Actualmente, el umbral de hemoglobina para la realizar transfusión de glóbulos rojos en pacientes con hemorragia gastrointestinal aguda es controvertido. En el presente trabajo, los investigadores compararon la eficacia y seguridad de una estrategia de transfusión restrictiva, con los de una estrategia de transfusión liberal.

Se incluyeron a 921 pacientes con hemorragia digestiva alta aguda grave, y se asignaron aleatoriamente 461 de ellos al brazo con una estrategia restrictiva (transfusión, cuando el nivel de hemoglobina cayó por debajo de 7 g/dL) y 460 al brazo de estrategia liberal (transfusión, cuando la hemoglobina se redujo por debajo de 9 g/dL). La aleatorización se estratificó de acuerdo con la presencia o ausencia de cirrosis hepática.

Un total de 225 pacientes asignados a la estrategia restrictiva (51%), en comparación con 65 asignados a la estrategia liberal (15%) no recibieron transfusiones ($p < 0.001$). La probabilidad de supervivencia a las seis semanas fue mayor en el grupo de estrategia restrictiva que en el grupo de estrategia liberal (95% *vs.* 91%; razón de riesgo de muerte con la estrategia restrictiva=0.55; IC 95%=0.33-0.92; $p=0.02$). Ocurrió un sangrado grave en el 10% de los pacientes en el grupo de estrategia restrictiva, en comparación con el 16% de los pacientes en el grupo de estrategia liberal ($p=0.01$); y los eventos adversos ocurrieron en el 40% *vs.* 48% ($p=0.02$). La probabilidad de

supervivencia fue ligeramente mayor con la estrategia restrictiva que con la estrategia liberal en el subgrupo de pacientes que habían sangrado por una úlcera péptica (hazard ratio=0.70; IC 95%=0.26-1.25), y fue significativamente mayor en el subgrupo de los pacientes con cirrosis y Child-Pugh clase A o B (hazard ratio=0.30; IC 95%=0.11-0.85), pero no en aquellos con cirrosis y Child-Pugh C (razón de riesgo=1.04; IC 95%=0.45-2.37). Dentro de los primeros cinco días, el gradiente de presión portal aumentó significativamente en los pacientes asignados a la estrategia liberal ($p=0.03$), pero no en los asignados a la estrategia restrictiva. Los autores concluyen que, en comparación con una estrategia de transfusión liberal, una estrategia restrictiva otorga resultados significativamente mejores en los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda.

Comentario: Este estudio representa la secuencia lógica del estudio presentado líneas más arriba y en consistencia con dicho trabajo, se observa un beneficio en los pacientes con menor cantidad de transfusiones. En el presente estudio, se observó beneficios incluso desde el punto de vista de mortalidad. Sirva este trabajo para cambiar la actitud de muchos médicos que transfunden a los pacientes con sangrado de tubo digestivo alto, por el solo hecho de la presencia del evento en sí y por creencias basadas en experiencias clínicas personales (en el mejor de los casos).