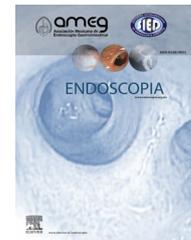




ENDOSCOPIA

www.elsevier.es/endoscopia



ALREDEDOR DEL MUNDO

Endoscopia alrededor del mundo

Endoscopy around the world

Félix Ignacio Téllez Ávila* y Gilberto Medrano-Duarte

Departamento de Endoscopia Gastrointestinal, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

¿Se debe continuar la administración de aspirina después de un evento de sangrado de tubo digestivo bajo?

Chan FK, Leung Ki EL, Wong GL, et al. Risks of Bleeding Recurrence and Cardiovascular Events With Continued Aspirin Use After Lower Gastrointestinal Hemorrhage. *Gastroenterology*. 2016;151:271-7.

Cuando los pacientes de alto riesgo cardiovascular (CV) tratados con aspirina desarrollan hemorragia gastrointestinal (GI)... la aspirina ¿se debe continuar o detener? Para el sangrado del tracto gastrointestinal superior, investigadores de Hong Kong abordan esta cuestión previamente en un pequeño ensayo aleatorizado en pacientes de alto riesgo CV tratados con aspirina que se presentaron con úlceras pépticas sangrantes (*Ann Intern Med* 2010;152:1); durante el corto plazo de seguimiento, los beneficios de continuar la aspirina superan los riesgos de suspenderla. Ahora, el mismo equipo ha realizado un estudio retrospectivo para examinar esta cuestión en pacientes con hemorragia digestiva baja.

Los investigadores identificaron 295 pacientes con alto riesgo cardiovascular que fueron hospitalizados con hemorragia de tubo digestivo bajo y que tomaban dosis bajas de aspirina. Después de la hospitalización, el 59% continuó tomando aspirina, y el 41% la interrumpió. Durante un

seguimiento por alrededor de 2 años, la hospitalización por hemorragia recurrente ocurrió en el 7% de los pacientes que suspendieron la aspirina y en el 18% de los pacientes que la continuaron. Sin embargo, los eventos cardiovasculares adversos catalogados como graves ocurrieron en el 33% de los pacientes sin aspirina y en el 21% de los pacientes con uso de aspirina. En el análisis multivariable los pacientes que continuaron con el uso de aspirina tuvieron mayor probabilidad de sangrado de tubo digestivo bajo (razón de momios, 2,76), pero significativamente menor probabilidad de acontecimientos cardiovasculares adversos graves (HR, 0,59) y mortalidad.

Comentario

Los datos del presente estudio sugieren que aunque es cierto que la recurrencia de sangrado se favorece con el uso permanente de aspirina, su efecto protector sobre eventos cardiovasculares supera el riesgo de un nuevo evento de sangrado. El único punto a considerar es que en el presente estudio no se desglosan las causas del sangrado inicial de tubo digestivo bajo. Presumiblemente algunas de las causas podrían tener mayor recurrencia con el uso continuado de aspirina.

La endoscopia de «espectro completo» no mejora la detección de adenomas

Hassan C, Senore C, Radaelli F, et al. Full-spectrum (FUSE) versus standard forward-viewing colonoscopy in an organised colorectal cancer screening programme. *Gut*. 2016 Aug 9. pii: gutjnl-2016-311906. doi: 10.1136/gutjnl-2016-311906. [Epub ahead of print]

* 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 (F.I. Téllez Ávila).

En un estudio previo con colonoscopia en tándem, la endoscopia de espectro completo (FUSE, por sus siglas en inglés) mostró una disminución de las tasas de pérdida de detección de adenomas y pólipos en comparación con la colonoscopia estándar.

En el presente estudio, 672 participantes de un programa de tamizaje basado en la población en Italia y que tenía pruebas inmunoquímicas fecales positivas (FIT) fueron asignados al azar para FUSE o colonoscopia estándar.

Las tasas de detección de adenomas fueron similares entre los pacientes de colonoscopia con FUSE y el grupo de colonoscopia estándar (43,6 y 45,5%, respectivamente). Tampoco se detectó diferencia entre los grupos en las tasas de detección de adenomas avanzados (19,5 y 23,9%). La prevalencia de pólipos serrados también fue similar entre los grupos.

Comentario

Estos resultados son adversos a la tecnología de FUSE. Sin embargo únicamente habría que considerar que los pacientes incluidos, al tener un FIT positivo, es de esperar que de entrada ya tengan una alta prevalencia de adenomas y pólipos en ambos grupos, lo que dificultaría encontrar diferencias.

El repetir las biopsias por ultrasonido endoscópico, en caso de una primera biopsia fallida, es útil en pacientes con lesiones pancreáticas

Téllez-Ávila FI, Martínez-Lozano JA, Rosales-Salinas A, et al. Repeat endoscopic ultrasound fine needle aspiration after a first negative procedure is useful in pancreatic lesions. *Endosc Ultrasound* 2016;5:258-62.

Hasta el momento no existe un consenso sobre qué hacer en caso de que una biopsia guiada por ultrasonido endoscópico (USE-BAAF) en pacientes con lesiones pancreáticas sea «no diagnóstica». En general pueden considerarse varias opciones, como: seguimiento clínico, tomar muestras por cirugía o repetir la USE-BAAF. Debido a las implicaciones medicolegales que pueden derivarse de la decisión que se tome, los resultados del presente estudio son de interés.

De manera retrospectiva, se analizaron 296 USE-BAAF realizadas en 257 pacientes. Entre los resultados más interesantes se encuentran: a) el rendimiento diagnóstico de la primera USE-BAAF es del 78.6% de los casos; b) repetir la biopsia tiene rendimiento en el 58.8% de los casos, lo cual aumenta el rendimiento global de la USE-BAAF hasta un 86.3%. De acuerdo al análisis uni- y multivariado, la segunda USE-BAAF fue con mayor probabilidad diagnóstica en los casos en los cuales en la primera USE-BAAF se había obtenido un reporte de «células atípicas» (RM 4.04), en contraste con los pacientes en los cuales el reporte había sido de «tejido normal» (RM 0.21).

Comentario

En este estudio los autores concluyen que es necesario repetir la biopsia en los pacientes con un primer intento fallido, ya que el rendimiento diagnóstico de la segunda USE-BAAF es bueno. Únicamente habrá que considerar que en este estudio el grupo de investigadores no cuenta con un patólogo en la sala al momento del diagnóstico; si bien esto pudiera ser una desventaja, este escenario es el más común en nuestro medio.