



ALREDEDOR DEL MUNDO

Endoscopia alrededor del mundo

Endoscopy around the world

Félix Ignacio Téllez Ávila *

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

Coagulación con argón para la gastropatía hipertensiva portal

Hanafy AS, El Hawary AT. Efficacy of argon plasma coagulation in the management of portal hypertensive gastropathy. *Endosc Int Open.* 2016;4:E1057-E1062.

La gastropatía hipertensiva portal (GHP) —cambio difuso y hemorrágico, en la mucosa gástrica que se produce en pacientes con hipertensión portal—, provoca una pérdida de sangre de manera aguda y permanente.

Un grupo de investigadores en Egipto evaluaron el tratamiento con argón plasma (APC) durante un período de 2 años de 188 pacientes con hemorragia relacionada a GHP. Todos los pacientes tenían anemia (hemoglobina media: $7,3 \pm 1,3$ g/dl). El APC (utilizando flujo de gas argón a 2,5 L / min y 60 a 90 W de potencia a una distancia de 5 mm) se aplicó sobre la mucosa hasta lograr “coágulo blanco” en el tejido tratado. Los pacientes recibieron inhibidores de la bomba de protones después de la terapia y los que no tenían contraindicación, se indicó propranolol hasta reducir el ritmo cardíaco en un 25% del nivel inicial o a 55 latidos por minuto. Los pacientes fueron seguidos cada 2 meses durante 1 año. Se logró respuesta completa (resolución de la anemia

y sin necesidad de transfusiones) en 118 pacientes, 75% después de una sesión, 20% después de dos sesiones, y el resto después de 3 sesiones. La respuesta completa se logró más fácilmente en los pacientes con involucro de cuerpo y fondo gástricos comparados con aquellos con una afección pangástrico ($P=0,04$). Los autores concluyeron que el APC con o sin betabloqueadores no selectivos es un tratamiento seguro y eficaz para GHP.

Comentario: este estudio, al igual que estudios mucho más pequeños, muestra que el tratamiento térmico por endoscopia es efectivo para la GHP. Se debe mencionar que un problema con el uso de APC es la incapacidad de medir la profundidad de penetración del tratamiento. A pesar de lo anterior, debido al espesor natural de la pared gástrica es poco probable que existan complicaciones como perforación de la pared y el tratamiento con APC en los pacientes con GHP parece una opción razonable.

La «regla de los 3» en dilatación esofágica

Grooteman KV, Wong Kee Song LM, Vleggaar FP, et al. Non-adherence to the rule of 3 does not increase the risk of adverse events in esophageal dilation. *Gastrointest Endosc.* 2016. pii: S0016-5107(16)30447-3. doi: 10.1016/j.gie.2016.07.062. [Epub ahead of print]

La “regla de tres” en la dilatación de estenosis esofágica sugiere que en una sola sesión no se debe avanzar más de 3 dilatadores de diámetro progresivo de manera secuencial una vez que es evidente que alguno de los dilatadores utilizados tiene resistencia al pasar la zona de estenosis (los

* 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: felix@telleza@gmail.com

dilatadores que pasan sin una resistencia suave al menos no cuentan para este total.) A pesar de su amplia difusión en recomendaciones contenidas en diferentes guías y por los expertos, esta "regla" nunca ha sido validada.

En un estudio retrospectivo, los investigadores evaluaron el efecto de la "regla de tres" en la ocurrencia de eventos adversos en 297 pacientes seleccionados al azar sometidos a 2216 sesiones de dilatación esofágica. Las características de las estenosis incluyen ubicación proximal esófago (47%), benignas (93%), relacionada con radiación (22%), postquirúrgicas (20%) y complejas (67%; definida como asimétrica, con un diámetro ≤ 12 mm o incapacidad para pasar un endoscopio estándar para adultos). Los principales eventos adversos debido a la dilatación esofágica se produjeron en el 1% de los pacientes y la perforación en el 0,5%. El único factor de riesgo asociado con perforación fue una estenosis maligna (OR: 8.3). En un análisis de subgrupos, la adhesión a la regla de tres no afectó el riesgo de eventos adversos o perforaciones.

Comentario: Estos hallazgos son interesantes debido a que la "regla de los 3" es ampliamente utilizada (y es casi una pregunta obligada a los residentes de cualquier curso de endoscopia) pero no existen estudios que la validen. De cualquier forma, con este estudio no se debe cambiar la práctica. Es un estudio retrospectivo, no controlado, con limitaciones en el seguimiento y recolección de datos, así como en la estandarización del tratamiento endoscópico.

Las mejores prácticas en diagnóstico y tratamiento del esófago de Barrett con displasia de bajo grado

Wani S, Rubenstein JH, Vieth M, et al. Diagnosis and Management of Low-Grade Dysplasia in Barrett's Esophagus: Clinical Practice Updates Expert Review From the Clinical Guidelines Committee of the American Gastroenterological Association. *Gastroenterology*. 2016 Oct 1. pii: S0016-5085(16)35137-X. doi: 10.1053/j.gastro.2016.09.040. [Epub ahead of print]

Una actualización de la práctica clínica basada en la mejor evidencia disponible y la opinión de expertos

Cada vez hay más claridad sobre las mejores prácticas para el manejo endoscópico del esófago de Barrett (EB) con displasia de alto grado, pero la evidencia es menos clara en el diagnóstico y manejo de EB con displasia de bajo grado (LGD). Estas guías representan una opinión de expertos basadas en la evidencia actual.

Recomendaciones clave

- El EB debería ser definida por un sistema estandarizado (clasificación de Praga) con detalles sobre las lesiones visibles.
- El diagnóstico histológico de displasia de bajo grado (DBG) requiere de confirmación por un patólogo experto reconocido.
- Los patólogos expertos deberán señalar la frecuencia del diagnóstico y la incidencia de la progresión neoplásica de la DBG.
- Si al ser revisada por un patólogo experto, la DBG es reclasificada hacia abajo como EB sin displasia el intervalo de vigilancia debe ser modificado.
- En el caso de una DBG confirmada por el patólogo experto se debe realizar una endoscopia de alta definición después de 8-12 semanas de tratamiento con inhibidor de la bomba de protones en dosis doble
- En caso de esofagitis grado C y D de la clasificación de los Ángeles no se deben tomar biopsias de vigilancia.
- Las biopsias deben dirigirse a las lesiones visibles antes de la vigilancia de por cuadrantes.
- La resección endoscópica de todas las lesiones visibles se debe hacer antes de la ablación.
- La ablación endoscópica por radiofrecuencia (RFA) se debe utilizar en todos los pacientes con DBG.
- Tras la erradicación endoscópica completa se debe realizar vigilancia endoscópica con biopsia de cuatro cuadrantes cada 2 cm de acuerdo a la longitud del EB original, de manera anual durante 2 años y luego cada 3 años.
- Todos los endoscopistas terapéuticos deben reportar sus tasas de éxito de erradicación y complicaciones.