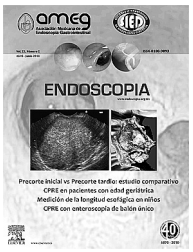
ELSEVIER

ENDOSCOPIA

www.elsevier.es



ALREDEDOR DEL MUNDO

Endoscopia alrededor del mundo

Endoscopy around the world

Félix Ignacio Téllez-Ávila

En la presente sección incluimos algunos de los trabajos publicados en últimas fechas y que, a nuestro juicio, contienen información importante para los interesados en la endoscopia.

Aminalai A, et al. Live image processing does not increase adenoma detection rate during colonoscopy: A randomized comparison between FICE and conventional imaging (Berlin Colonoscopy Project 5, BECOP-5). Am J Gastroenterol 2010;105:2383-8.

El sistema FICE no demostró ser superior a la endoscopia con luz blanca para la detección de adenomas. La cromoendoscopia electrónica, ya está disponible en todos los colonoscopios comerciales, ha sido propuesta para dos usos principales en el colon: la detección de lesiones y el diagnóstico histológico en tiempo real de las lesiones detectadas. El sistema de Olympus (NBI) utiliza imágenes de banda estrecha, o la iluminación de luz azul; Pentax y Fujinon utilizan la tecnología de la imagen pos-procesamiento. Ahora, en seis centros privados en Alemania se realizó un estudio para evaluar el desempeño del sistema FICE para detectar adenomas. Los ocho examinadores que participaron en el estudio tenían amplia experiencia. Un total de 1318 pacientes fueron asignados aleatoriamente a someterse a una colonoscopia, ya sea con FICE o con luz blanca. La tasa de adenomas detectados por colonoscopia fue de 0.28 en ambos grupos (184/658 con FICE, 183/660 con el método de control). La media de tiempo de retiro fue prácticamente idéntica en los dos grupos (FICE, 8.4 minutos; el control, 8.3 minutos).

Comentario: Comparativamente, en la bibliografía existen menos datos disponibles para evaluar el rendimiento diagnóstico de FICE que al NBI, pero las dos tecnologías han producido resultados similares en los ensayos clínicos en relación con su impacto en la detección de adenoma; es decir, resultados negativos en la mayoría de los estudios, que se podrían atribuir a una tasa muy alta de detección de adenomas con luz blanca en algunos estudios. Sin embargo, en el presente estudio y a pesar de una modesta tasa de detección de adenomas con la endoscopia de la luz blanca (0.28 por colonoscopia), FICE no mostró ningún beneficio.

Médico Adscrito, Departamento de Endoscopia Gastrointestinal. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Correspondencia: Dr. Félix Ignacio Téllez Ávila. Vasco de Quiroga N°15. Sección XVI, Tlalpan, D. F. 14000. Correo electrónico: felixtelleza@gmail.com

0188-9893/$ - see front matter © 2011 Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal. Publicado por Elsevier México. Todos los derechos reservados.

Swan MP, et al. The target sign: An endoscopic marker for the resection of the muscularis propria and potential perforation during colonic endoscopic mucosal resection. Gastrointest Endosc 2011;73:79-85.

El "signo de la diana" resultó muy útil para detectar perforaciones durante la resección endoscópica mucosa.

La resección endoscópica mucosa (REM) para el tratamiento de grandes pólipos sésiles en el colon conlleva un riesgo considerable de perforación. Para probar un marcador para identificar rápidamente la lesión muscular propia y la perforación, los investigadores estudiaron de forma prospectiva 445 pacientes que se sometieron a REM pólipos sésiles grandes o tumores con extensión lateral de (≥ 20 mm) en un solo centro en Australia durante un período de 40 meses.

Durante la REM, los endoscopistas examinaron la parte basal de las piezas resecadas en búsqueda de un signo: una porción central blanca o porción elevada cauterizada que representa una resección parcial o total de la muscular propia. Los pacientes afectados tienen a menudo un área deprimida correspondiente y visible en la base de la polipectomía. En todas las ocasiones la *muscularis propia* fue confirmada histológicamente. En los casos en los cuales se documentó este signo se realizó cierre con clips. Con el uso del signo de la diana, los endoscopistas identificaron resección de la muscularis propia en 10 pacientes (2.2%) y afección del grosor total en tres pacientes (0.7%). Los pacientes afectados requirieron un promedio de 1.3 días más de hospitalización y ninguno requirió de cirugía.

Comentario: Estos hallazgos sugieren que las muestras de REM en el colon deben ser examinadas para búsqueda de este signo, lo que indica la posibilidad de perforación inmediata o tardía. En estos casos, el cierre con clip del área de polipectomía está indicado.

Long MD, et al. Reduced polyp detection as endoscopy shift progresses: Experience with screening colonoscopy at a tertiary-care hospital. J Clin Gastroenterol 2011;45:253-8.

La tasa de detección de pólipos fue mayor antes de las 9:00 am que después de las 4:00 pm.

Estudios previos han demostrado que la detección de pólipos por endoscopia disminuye a medida que avanza el día. Para examinar esta situación un grupo de investigadores realizaron un estudio retrospectivo, transversal, que incluyó a 3421 casos sometidos a una colonoscopia de tamizaje en pacientes ambulatorios en un solo hospital y por 20 gastroenterólogos diferentes. La tasa de detección de pólipos fue más alta en las colonoscopias que iniciaron antes de las 9:00 am, comparadas con los procedimiento que se inician después de las 4:00 pm (48.6% *vs.* 34.0%, $p = 0.04$). El análisis multivariado mostró que las probabilidades de detección de pólipos fueron progresivamente menores con cada hora (*Odds ratio*, 0.93). Además, la posibilidad de detección de pólipos fue más baja en las últimas 1.5 horas que en las primeras 1.5 horas de cada turno.

Comentario: Este es el tercer estudio que muestra que la detección de pólipos disminuye durante lo largo del día. Un estudio anterior mostró que esta tendencia no se aplica a todos los gastroenterólogos, por lo tanto, algunos endoscopistas podrían ser más afectados que otros por la fatiga o por apresurarse con el objetivo de no retrasarse en su programación del día. Por otra parte, en un estudio presentado en la *Digestive Disease Week* en 2010 no identificó este efecto y en otro más no se demostró una relación entre la detección de adenomas y el número de procedimientos realizados. Por lo tanto, los hallazgos del presente estudio no se pueden aplicar a todos los endoscopistas o para todos los centros de endoscopia. Se debe considerar además que factores asociados con la calidad de la preparación colónica pudieran estar relacionados a este tipo de hallazgos. Se ha demostrado en estudios anteriores que a mayor tiempo entre la preparación colónica y el inicio de los estudios existe una peor calidad de la preparación lo cual repercutiría en la probabilidad de detectar lesiones polipoides.

Hjelkrem M, et al. MiraLAX is not as effective as GoLytely in bowel cleansing before screening colonoscopies. Clin Gastroenterol Hepatol 2011;9:326-32.

En un estudio aleatorizado, controlado, el MiraLAX®, si bien es más tolerable, resultó inferior.

MiraLAX® (polietilenglicol [PEG] 3350 sin electrolitos) es comúnmente utilizado para la limpieza del intestino antes de la colonoscopia. Sin

embargo, este medicamente no está aprobado por la FDA para ésta indicación y además, suele ser mezclado con *Gatorade*®, lo que hace hipotónica en comparación con las soluciones basadas en PEG con electrolitos (por ejemplo, GoLYTELY®). Los datos sobre la eficacia y seguridad de MiraLAX® son en su mayoría anecdóticos.

Ahora, los investigadores han llevado a cabo un estudio clínico aleatorizado para comparar la eficacia y la tolerabilidad de MiraLAX® contra GoLYTELY®. Adultos programados para colonoscopia, recibieron una de las siguientes cuatro preparaciones, administrado en dosis fraccionadas (es decir, la mitad de la noche anterior y la mitad de la mañana de la colonoscopia):

- 4 L de GoLYTELY®
- 255 g de MiraLAX® mezclado con 64 oz de Gatorade®
- MiraLAX®, como el anterior, más una cápsula de 24 μg de lubiprostona la noche previa de la colonoscopia
- MiraLAX®, sobre además de dos tabletas de 5 mg de bisacodilo la noche antes de la colonoscopia

De los 425 pacientes reclutados, 403 (distribuidos equitativamente entre los brazos del estudio) completaron la colonoscopia. La puntuación total de Ottawa para la eficacia de limpieza del intestino fue significativamente mejor con GoLYTELY® que con MiraLAX® ya fuera solo, con lubiprostona, o además con bisacodilo (media, 5.1 frente a 6.9, 6.3 y 6.8, respectivamente). Los resultados fueron mejores para GoLYTELY® en cada segmento del colon. La proporción de pacientes con una calidad excelente de la preparación fue significativamente mayor en el brazo GoLYTELY® que en los brazos MiraLAX® (49% frente a 15%, 19% y 20%). El número de pólipos detectados y el número de pacientes con al menos un pólipo fueron similares entre los brazos, la duración media del procedimiento fue ligeramente superior (aunque no significativa) en los brazos de MiraLAX®. En general, la tolerabilidad fue mejor en los brazos MiraLAX®, aunque los síntomas individuales, tales como náuseas, cólicos y distensión fueron similares en todos los brazos.

Comentario: El resultado principal aquí no es de extrañar, la bibliografía sugiere que cualquier preparación de 2 L dado correctamente (dosis fraccionada), es menos eficaz que cualquier preparación de 4 L dada de la misma manera. Uno podría preguntarse si la preparación de 2 L, a pesar de su aumento de la tolerancia, se debe utilizar sólo en grupos selectos de pacientes que son fáciles de preparar para una colonoscopia. Aunque el estudio no comparó los resultados entre los pacientes con estreñimiento y no estreñidos, experiencias anecdóticas y estudios previos sugieren que la constipación crónica y el uso de fármacos astringentes preceden una mala preparación. La definición de un subconjunto de pacientes en los que las preparaciones de bajo volumen son adecuados es un objetivo razonable para un estudio. A pesar de la hiponatremia que inusualmente se produce con prácticamente todos los esquemas de preparación, MiraLAX® mezclado con Gatorade® resulta hipotónica y, en teoría aumenta el riesgo de esta complicación. Teniendo en cuenta todas estas consideraciones, los médicos que todavía prescriben MiraLAX® probablemente lo deban utilizar sólo para los pacientes no-estreñidos y para los más jóvenes, en las personas sanas que no tienen enfermedad renal u otros factores que pudieran predecir complicación.