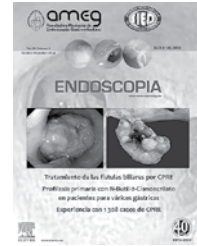




ENDOSCOPIA

www.elsevier.es



○ ALREDEDOR DEL MUNDO

Endoscopia alrededor del mundo

Endoscopy around the world

Félix Ignacio Téllez-Ávila

La endoscopia temprana es crítica en el sangrado de tubo digestivo tanto variceal como no variceal

Wysocki JD, Srivastav S, Winstead NS. A nationwide analysis of risk factors for mortality and time to endoscopy in upper gastrointestinal haemorrhage. Aliment Pharmacol Ther 2012;36:30-36.

El retraso de la endoscopia por más de un día después del ingreso, se asocia con un incremento del riesgo de mortalidad.

La hemorragia variceal aguda (HVA) es menos común que la no variceal (HDANV), pero se asocia con una mayor mortalidad. Los investigadores revisaron los datos de pacientes hospitalizados en EE.UU. a nivel nacional, para identificar los factores incluyendo el tiempo de la endoscopia, que pudieran tener influencia en el riesgo de mortalidad con cada tipo de sangrado (HVA y HDANV).

Utilizando datos de 2002 a 2007, los investigadores identificaron a 435 765 pacientes con HDANV y 35 747 con HVA. Aproximadamente, el 40% de los pacientes con HDANV habían recibido endoscopia dentro de un día de admisión, en comparación con el 63% de las personas con HVA. En ambos grupos de pacientes, la mortalidad hospitalaria fue menor entre

los que recibieron la endoscopia dentro de un día de ingreso, que entre los que no lo hicieron (8% frente a 15% para los pacientes HVA; 3% frente al 7% de los pacientes HDANV), una diferencia que fue estadísticamente significativa en el análisis multivariado. Otros predictores independientes para una menor mortalidad hospitalaria tanto para HVA y HDANV, incluye el sexo femenino, edad más joven (18-40), menos comorbilidades y la admisión a un hospital rural (frente a uno urbano). Estos mismos factores, excepto por la ubicación del hospital, también se asociaron con el recibir la endoscopia dentro de un día de admisión. En particular, la raza blanca se asoció con la mortalidad hospitalaria inferior sólo en el grupo de HVA, pero en ambos grupos, los blancos eran más propensos que los negros a una endoscopia dentro de un día de admisión.

Comentario: La gran base de datos utilizada aquí, puede ser vista como una fuerza y una limitación de este estudio: los datos se han extraído de casi 500 000 pacientes, pero la recopilación de información puede haber sido inconsistente, y algunos datos importantes (por ejemplo, los hallazgos endoscópicos y la terapia) no se recogieron. Sin embargo, los resultados son consistentes con los de estudios anteriores y destacan la importancia de la endoscopia temprana, tanto en sangrado variceal como no variceal.

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

Sangrado de úlceras pépticas en pacientes con cirrosis vs sin cirrosis

Rudler M, Rousseau G, Benosman H, et al. Peptic ulcer bleeding in patients with or without cirrhosis: Different diseases but the same prognosis? *Aliment Pharmacol Ther* 2012;36:166-172.

La hemorragia por úlcera péptica (HUP) es la causa más común de sangrado gastrointestinal superior, y está principalmente relacionada con la infección por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) y al uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Sin embargo, en pacientes con cirrosis, la etiología no está clara.

Para identificar las causas y resultados en pacientes con HUP con y sin cirrosis, los investigadores evaluaron a 203 pacientes con HUP que fueron admitidos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), de un centro de atención terciaria en Francia. De estos pacientes, 29 tenían cirrosis causada casi exclusivamente por el consumo excesivo de alcohol, estos pacientes eran más jóvenes que los que no tienen cirrosis (edad media 55 vs 63.8, $p=0.009$). Todos los pacientes recibieron bomba de protones como parte del tratamiento, endoscopia dentro de las seis horas de su ingreso, y si la terapia estaba indicada, recibían tratamiento endoscópico mediante inyección de epinefrina y clips.

Los pacientes con cirrosis fueron menos propensos, comparados con aquellos que no tienen cirrosis, a tener una serología positiva para la infección por *H. pylori* (10.3% vs 48.8%, $p<0.0001$) o un historial de uso de AINE (17.2% vs 54.0%, $p<0.0001$). La causa de la HUP no pudo ser identificada en el 79.3% de los pacientes con cirrosis vs 23.8% de los pacientes sin cirrosis ($p<0.0001$). Las tasas de recurrencia de sangrado, necesidad de embolización, necesidad de cirugía y la mortalidad a 30 días fueron similares en ambos grupos.

Comentario: Estos hallazgos sugieren causas diferentes, pero resultados similares de HUP entre los pacientes con cirrosis alcohólica y los que no tienen cirrosis. Sin embargo, sacar conclusiones de este pequeño estudio observacional es difícil. La HUP podría no haber sido la causa de la hemorragia en algunos pacientes con cirrosis, ya que el diagnóstico se basó sólo en la presencia de una úlcera y una colonoscopia negativa. Además, la población de pacientes provenientes de la UCI provoca un sesgo para incluir pacientes con hemorragia grave, y las diferencias entre los grupos en la infección por *H. pylori* y el uso de

AINE podrían haber sido confundidos por la mayor edad de los pacientes sin cirrosis. Además de lo mencionado, un punto importante es que no podemos generalizar estos resultados a pacientes con cirrosis no alcohólica.

¿Qué sigue después de una colonoscopia con preparación deficiente?

Chokshi RV, Hovis CE, Hoolander T, et al. Prevalence of missed adenomas in patients with inadequate bowel preparation on screening colonoscopy. *Gastrointest Endosc* 2012;75:1197-1203.

Los resultados del estudio apoyan repetir la colonoscopia en un periodo de tiempo corto.

La cuestión de si se debe, y en su caso cuándo repetir una colonoscopia en pacientes con preparación intestinal regular o mala sigue presionando a los colonoscopistas. Un nuevo estudio aborda la frecuencia con la que una mala preparación ocasiona pérdida del diagnóstico de adenomas.

Los investigadores revisaron datos de pacientes ambulatorios de un centro académico, en los cuales se repitió la colonoscopia después de que la calificación de la colonoscopia basal había sido catalogada como pobre. Los pacientes fueron excluidos si en su primer examen la preparación fue inadecuada en sólo una parte del colon, o si tenían una historia familiar de cáncer colorrectal. En 373 pacientes elegibles que tuvieron una colonoscopia inicial, el 26% tuvo al menos un adenoma detectado.

En 133 pacientes que volvieron para repetir la colonoscopia, los resultados fueron como sigue:

- Treinta y cuatro por ciento tuvo al menos un adenoma detectado.
- De las personas con un adenoma, el 31% no tenía pólipos detectados en el examen inicial.
- Dieciocho por ciento se identificaron como un estado de alto riesgo (tres adenomas, adenomas de tamaño 1 cm, o adenoma vellosos con características o displasia de alto grado).
- De las personas con alto riesgo, el 25% no tenía pólipos observados en la colonoscopia inicial.
- La tasa de pérdidas de adenoma fue del 48%.

Comentario: Los pacientes con una preparación intestinal inadecuada deberían tener una nueva colonoscopia rápidamente. Este estudio no proporciona

ninguna orientación sobre los pacientes con preparaciones marginales. La mejor manera de asegurar una colonoscopia de alta calidad es el uso de métodos altamente efectivos de preparación del intestino para el examen todos los días.

La esofagectomía no se justifica en pacientes con esófago de Barrett y displasia de alto grado o carcinoma intramucoso

Dunbar KB, Spechler SJ. The risk of lymph-node metastases in patients with high-grade dysplasia or intramucosal carcinoma in Barrett's esophagus: A systematic review. Am J Gastroenterol 2012;107:850-862.

Las tasas de detección de metástasis en los ganglios linfáticos y la mortalidad fueron alrededor de un 2%, de cada uno, con esofagectomía.

La ablación endoscópica se utiliza cada vez más para tratar la displasia de alto grado (DAG) y el carcinoma intramucoso (IMC), en pacientes con esófago de Barrett (EB). Aunque este método es muy eficaz, es ineficaz para cánceres que han dado metástasis a los ganglios linfáticos. La resección endoscópica de la mucosa (EMR) -el estándar para la estadificación T para guiar el tratamiento posterior de estos pacientes- no siempre puede detectar afectación ganglionar. Por lo anterior, muchos cirujanos recomiendan la esofagectomía en lugar de EMR y la ablación, justificándose en las altas tasas inesperadas de metástasis de ganglios linfáticos. Sin embargo, las frecuencias reportadas de metástasis han variado ampliamente.

Para estimar la frecuencia de metástasis en los ganglios linfáticos en pacientes con EB y DAG o IMC, los investigadores realizaron una revisión sistemática e identificaron 70 informes relevantes, que incluyeron 1 874 pacientes que fueron sometidos a esofagectomía. De 524 pacientes con DAG, ninguno tenía metástasis en los ganglios linfáticos. De 1 350 pacientes con IMC, 26 tenían metástasis ganglionares (1.93%, 95% intervalo de confianza, 1.19%-2.66%).

Comentario: Estos datos sugieren fuertemente que pacientes bien categorizados con DAG, es improbable que tengan metástasis en los ganglios linfáticos. El riesgo de metástasis de ganglios linfáticos inesperados en pacientes con EB y IMC es de 1% a 2%, que es comparable a -si no más baja que-, la tasa de mortalidad reportada para esofagectomía (frecuencia

> 2%) en centros de alto nivel. La resección endoscópica se recomienda para la estadificación T del EB y la displasia con una lesión visible. Si la lesión no muestra invasión de la submucosa, la terapia de ablación es apropiada. Los gastroenterólogos y los cirujanos deben tener en cuenta que la preocupación por metástasis en los ganglios linfáticos en estos pacientes, no justifica el uso de la esofagectomía.

El NBI no mejora la detección de displasia en pacientes con CUCI

Ignjatovic A, East JE, Subramanian V, et al. Narrow band imaging for detection of dysplasia in colitis: A randomized controlled trial. Am J Gastroenterol 2012;107:885-890.

La endoscopia con luz blanca fue tan eficaz como el NBI para detectar displasia en los pacientes con colitis ulcerosa.

Ensayos aleatorios previos han mostrado beneficios de la cromoendoscopia y biopsias dirigidas para la detección de la displasia (*Gastroenterology* 2003;124:880), y tanto las guías británicas como estadounidenses han aprobado a la cromoendoscopia como una alternativa para la obtención de biopsias aleatorias. La cromoendoscopia digital usando NBI ofrece una alternativa que es más rápida y más fácil, pero dos estudios recientes han demostrado que el NBI no mejora la detección de displasia en comparación con el estándar de luz blanca (*Endoscopy* 2007;39:216) o imagen de alta definición (*Endoscopy* 2011;43:108).

Para comparar aún más al NBI *vs* luz blanca de alta definición, investigadores en el Reino Unido llevaron a cabo un estudio multicéntrico, aleatorizado y controlado con 112 pacientes con colitis ulcerosa de larga evolución, que se sometieron a una colonoscopia de vigilancia. Se realizaron biopsias dirigidas en caso necesario, y se cumplió además con el protocolo de biopsias de los cuatro cuadrantes cada 10 cm en la retirada. Cinco pacientes en cada grupo se encontraron con al menos una lesión de displasia. El rendimiento para el diagnóstico de displasia de las biopsias aleatorias fue de 0.04%.

Comentario: Este es el tercer ensayo aleatorio y controlado que no ha podido demostrar un beneficio del uso de NBI *vs* luz blanca, para detectar displasia en los pacientes con colitis ulcerosa.

Una segunda exploración después de hemostasia endoscópica reduce el riesgo de recurrencia de sangrado en pacientes seleccionados con estigmas de alto riesgo

Ouali SE, Barkun An, Wyse J, et al. Is routine second-look endoscopy effective after endoscopic hemostasis in acute peptic ulcer bleeding? A meta-analysis. Gastrointest Endosc 2012;76:283-292.

La repetición programada de una segunda endoscopia en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal (HDANV) después de la hemostasia endoscópica, es cuestión de debate. Para evaluar la eficacia de esta práctica, los investigadores realizaron un meta-análisis de estudios aleatorios, en los cuales los pacientes se sometían a una segunda exploración endoscópica (SEE), o recibían una terapia alternativa después de la terapia endoscópica exitosa de HDANV aguda. Después de una revisión de la literatura de 577 estudios y resúmenes, sólo cuatro estudios y cuatro resúmenes cumplieron con los criterios de inclusión, e incluyeron un total de 938 pacientes.

El análisis de estos datos sugiere que la SEE reduce los riesgos para una nueva hemorragia (RM=0.55, CI 95%=0.37-0.81) y cirugía (OR=0.43, CI 95%=0.19-0.96), pero no la mortalidad. Los resultados fueron similares con diferentes definiciones de recurrencia de sangrado. Sin embargo, SEE no redujo significativamente las nuevas hemorragias cuando la

terapia de inyección era el único tratamiento endoscópico utilizado, cuando se utilizaron altas dosis intravenosas de inhibidor de bomba de protones (IBP), o cuando los pacientes más gravemente enfermos fueron retirados del análisis.

Los autores señalan que las diferentes poblaciones de pacientes y métodos en los estudios eran posibles factores de confusión. Llegaron a la conclusión de que la SEE pueden ser apropiada en pacientes seleccionados con hemorragia grave o cuando altas dosis de IBP no están disponible, pero que el valor de la SEE en pacientes no seleccionados no está claro.

Comentario: El tema de la SEE programada ha sido un tema de debate durante muchos años, sin que existan grandes estudios al respecto. La ausencia de este tipo de estudios se confirma con el presente meta-análisis. Esta evaluación cuidadosa de los resultados nos da un respaldo clínico razonable. En la mayoría de los casos de hemorragia grave, los endoscopistas tienen una idea clara de que tan adecuado fue el manejo utilizado y por lo tanto, qué tan probable es que sea efectivo el tratamiento utilizado. En entornos en los que la terapia óptima no se puede llevar a cabo, la SEE puede ser apropiada para pacientes con hemorragia grave. Del mismo modo, cuando no se pueden administrar altas dosis de IBP. Sin embargo, una SEE programada puede tener riesgos de un segundo procedimiento innecesario. Hasta que haya mejores datos disponibles que sugieran lo contrario, la SEE sólo debe utilizarse en pacientes seleccionados con probabilidades de beneficiarse.