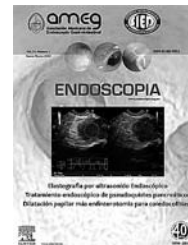




ENDOSCOPIA

www.elsevier.es



O ALREDEDOR DEL MUNDO

Endoscopia alrededor del mundo

Endoscopy around the world

Félix Ignacio Téllez-Ávila

La colonoscopia protege contra el cáncer colorectal (CCR) hasta por 20 años

Brenner H, et al. Long-term risk of colorectal cancer after negative colonoscopy. J Clin Oncol 2011;29:3761-3767.

Un estudio previo de casos y controles realizado en Alemania, mostró que la colonoscopia protege contra el cáncer colorrectal (CCR), hasta por 10 años. Ahora, los mismos investigadores llevaron a cabo un estudio más amplio, que incluyó 1692 pacientes con CCR y 1896 controles, reclutados en 22 hospitales en Alemania, entre 2003 y 2007. Para determinar la historia de la colonoscopia en los participantes, se utilizaron los registros médicos y entrevistas.

Después de una colonoscopia negativa única, las razones de momios para CCR, por intervalos, ajustadas por edad y sexo fueron de 0.14 (uno a dos años), 0.10 (tres a cuatro años), 0.26 (cinco a 9 años), 0.36 (10 - 19 años) y 0.41 (20 años). Los riesgos se reducen de manera similar, en hombres y mujeres, igualmente se han reducido en aquellos con o sin antecedentes familiares de CCR, en un familiar de primer grado.

La reducción del riesgo se observó tanto para los cánceres del lado derecho, como aquellos del lado izquierdo. La reducción absoluta fue mayor en el lado izquierdo que del lado derecho durante los primeros 10 años después de una colonoscopia negativa. El único grupo sin una reducción sustancial del riesgo, fueron los fumadores: el riesgo se redujo claramente durante los primeros cuatro años, pero era menos seguro después de eso.

Comentario: Un estudio reciente de este mismo grupo de investigación en Alemania, mostró que una colonoscopia en los últimos 10 años, se asoció con una reducción del 56% en el cáncer de colon del lado derecho y > 80% reducción en el cáncer de colon del lado izquierdo. La investigación actual muestra que una colonoscopia negativa, se asocia con reducciones del riesgo de cánceres de colon, tanto en el lado derecho y el izquierdo. En México, no existe hasta el momento un programa formal de colonoscopia de screening, por lo cual no podemos saber con exactitud, qué tanto nos apegamos a las recomendaciones actuales. Este trabajo plantea la probabilidad, de que al seguir las guías actuales, pudiéramos estar realizando estudios sin una necesidad clara. De cualquier forma, lo más deseable en nuestro medio, sería iniciar

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

Correspondencia: Dr. Félix Ignacio Téllez-Ávila. 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@tellez@gmail.com

un programa formal de colonoscopia de escrutinio, tal cual existen para mastografía o citología vaginal.

El tamizaje y seguimiento de Esófago de Barrett (EB) pudiera no ser justificable

Hvid-Jensen F, et al. Incidence of adenocarcinoma among patients with Barrett's esophagus. *N Engl J Med* 2011;365:1375-1383.

El esófago de Barrett (EB) es una condición precancerosa. Las biopsias endoscópicas para la detección de displasia de alto grado (DAG) o adenocarcinoma de esófago (EAC, por sus siglas inglés), se recomiendan en función de las tasas de incidencia previamente reportadas del 0.5% y 0.9%, respectivamente. Sin embargo, estudios recientes sugieren que las tasas de incidencia son más bajas, que las informadas anteriormente, lo cual cuestiona la necesidad de vigilancia.

Para estimar la incidencia de DAG o EAC en pacientes con EB, en una cohorte de base poblacional, los investigadores analizaron los datos de patología y los registros de cáncer en 11028 pacientes procedentes de Dinamarca, que habían sido diagnosticados con EB, por biopsia endoscópica. Los pacientes fueron excluidos del análisis, si en el examen inicial se detectaba DAG o EAC, y si el EAC fue diagnosticado en el primer año del estudio.

Durante una mediana de seguimiento de 5.2 años, la incidencia de EAC fue de 1.2 casos por 1000 persona-año, siendo tres veces mayor en hombres que en mujeres (1,5 frente a 0,5). La tasa de incidencia de DAG o en combinación con EAC, fue de 2,6 casos por 1000 persona-año, dando una razón de incidencia estandarizada de 21,1. El diagnóstico de la displasia de bajo grado, al inicio o durante el seguimiento aumentaba el riesgo de EAC y DAG a cinco veces.

Comentario: Aunque este estudio confirma que el BE, es un factor de riesgo significativo para el desarrollo de la EAC, el riesgo absoluto de 0.12% es considerablemente menor, que las estimaciones anteriores de 0.8% y más recientemente, de 0.5% que se han utilizado, como base para la recomendación actual de tamizaje y seguimiento. Estas estimaciones de riesgo han ido disminuyendo, a medida que los requerimientos para los estudios a considerar han tenido un mejor diseño metodológico, evitando problemas de sesgo de publicación, doble recuento y la inclusión de los cánceres prevalentes. Otro estudio poblacional reciente, estimó la incidencia de EAC en 0.13% (*J Natl Cancer Inst* 2011;103:1049). Sobre la

base de estas estimaciones, el riesgo relativo de EAC en pacientes con EB, en comparación con la población en general, cae de un marco ya mencionado de 30 a 40 hasta aproximadamente 11. En lo que respecta al seguimiento, un estudio previo estima que la incidencia anual de EAC debe ser >1.9% anual, para que la vigilancia de EB sin displasia, a intervalos de cinco años (la recomendación actual es de 3 años), pueda ser rentable (*Ann Intern Med* 2003;138:176). Además, los datos actuales muestran una expectativa de vida normal para los pacientes con EB, entre los cuales, la causa de muerte rara vez se atribuye a la EAC, a pesar de la vigilancia (*Gastroenterology* 2004;127:310). Por estas razones, la justificación para el tamizaje y vigilancia de esófago de Barrett debe ser cuestionada.

Predictores de recurrencia de sangrado en úlcera péptica después de tratamiento endoscópico

García-Iglesias P, et al. Meta-analysis: Predictors of rebleeding after endoscopic treatment for bleeding peptic ulcer. *Aliment Pharmacol Ther* 2011;34(8):888-900.

Varios sistemas de puntuación han sido desarrollados para predecir la probabilidad de recurrencia de sangrado y la mortalidad, en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal (HDANV). Sin embargo, estos sistemas no fueron diseñados para predecir recurrencia de sangrado, después de la terapia endoscópica. Además, en una reciente revisión de terapias endoscópicas de HDANV, el estudio de los factores de riesgo de recurrencia de sangrado no estaban cubiertos.

Para estudiar el tema, los investigadores realizaron un meta-análisis. De 2193 citas relevantes, se identificaron 14 estudios (12 artículos completos y dos resúmenes) que involucraron 3609 pacientes, los cuales cumplieron los criterios de inclusión. Se consideró en la evaluación para el análisis multivariado, factores identificados en dos o más estudios.

Predictores pre-endoscópicos de recurrencia de sangrado fueron: la inestabilidad hemodinámica (RM 3.3; IC 95%=2.57-4.24) y un valor de hemoglobina baja (RM 1.73; IC 95%=1.14-2.62). Factores durante la endoscopia fueron: presencia de sangrado activo (RM 1.70; IC 95%=1.31-2.22), úlcera de gran tamaño (RM 2.81; IC 95%=1.9-4), úlcera en el duodeno posterior (RM 3.83; IC 95%=1.38-10.6), y una úlcera en la curvatura gástrica menor (RM 2.86; 95% CI=1.69-4.86).

Los autores concluyen que estos factores aumentan el riesgo de recurrencia de sangrado después de la terapia endoscópica de úlceras sangrantes y podrían ser de utilidad clínica.

Comentario: Ninguno de los factores que resultaron ser significativos en este estudio son nuevos. Prácticamente todos los sistemas de puntuación pre-endoscópica, incluyen alguna medida del volumen y la velocidad de sangrado, como predictor de un mal pronóstico. El tamaño de la úlcera y la ubicación, así como presencia de sangrado activo, también se han asociado con un mayor riesgo de recurrencia de sangrado. La magnitud relativa del efecto de estos factores, debe interpretarse con cautela, ya que los estudios incluidos variaron en diseño, criterios de valoración, co-intervenciones y métodos de la terapia endoscópica.

Sangrado gastrointestinal con dosis bajas de aspirina

Lanas A, et al. Low doses of acetylsalicylic acid increase risk of gastrointestinal bleeding in a meta-analysis. Clin Gastroenterol Hepatol 2011;9(9):762-768.

La aspirina en dosis bajas (75-325 mg/día) es usada como profilaxis secundaria, después de los eventos cardiovasculares trombóticos. Sin embargo, su valor para la profilaxis primaria no está clara, debido a la evidencia de que aumenta el riesgo de sangrado gastrointestinal (GI).

Para evaluar el riesgo de sangrado GI de dosis bajas de aspirina sola o en combinación con anticoagulantes, clopidogrel o inhibidores de la bomba de protones (IBP), los investigadores realizaron un meta-análisis de datos de estudios controlados, que utilizaron dosis bajas de aspirina sobre una base diaria. Se identificaron 61 estudios: 35 ensayos de aspirina sola, de 18 con anticoagulantes, cinco con clopidogrel y tres con IBP.

El análisis combinado demostró que la aspirina a dosis baja, sólo redujo ligeramente la mortalidad (RR 0,93; IC 95%=0.87-0.99), pero aumentó el riesgo de sangrado GI mayor (RM 1,55, IC 95%=1,27-1.90). En combinación con clopidogrel o anticoagulantes, el riesgo de sangrado mayor fue más alto, que con la aspirina sola (RM 1.86, IC 95%=1.49-2.31 y RM 1.93, IC 95%=1.42-2.61, respectivamente). Por el contrario, al utilizar IBP junto con la aspirina, se redujo el riesgo de sangrado (RM 0.34, IC 95%=0.21-0.57).

Comentario: Las conclusiones de este análisis apoyan los resultados previos de estudios observacionales, que mostraron un mayor riesgo de hemorragia GI con el uso de dosis bajas de aspirina -riesgo que se incrementó aún más, con el uso concomitante de anticoagulantes o clopidogrel, pero redujo en combinación con IBP-. Las conclusiones del estudio actual, están limitadas por la dificultad de combinar los resultados de trabajos con diseños heterogéneos, las dosis y los desenlaces a medir.

Una nueva forma para evaluar el riesgo en pacientes con sangrado gastrointestinal de tubo digestivo superior

Saltzman JR, et al. A simple risk score accurately predicts in-hospital mortality, length of stay, and cost in acute upper GI bleeding. Gastrointest Endosc 2011;74:1215-1224.

Los sistemas de puntuación basados en las características clínicas de los pacientes con hemorragia digestiva alta (HDA) pre y post-endoscopia, pueden predecir mortalidad y recurrencia de sangrado, lo que permite un uso más eficiente de los recursos, a través de la estratificación del riesgo individual. Ahora, los investigadores han desarrollado un sencillo sistema de puntuación que facilita a los médicos su utilización, cuando los pacientes se presentan con HDA aguda en los departamentos de emergencia (DE).

Utilizando una base de datos clínicos, los investigadores identificaron retrospectivamente los factores de riesgo asociados a la mortalidad entre los 29222 pacientes, que ingresaron con HDA a 187 hospitales. A continuación, retrospectivamente validaron los resultados en una cohorte diferente de 32504 pacientes. Los investigadores identificaron las características clínicas que se asociaron con la mortalidad. Para simplificar el cálculo de la puntuación, se utiliza el número de factores de riesgo. Este proceso identificó cinco factores asociados con mayor riesgo de mortalidad: albúmina sérica <3,0 g/dL, INR >1.5, estado mental alterado, hipotensión (presión arterial sistólica de 90 mmHg) y edad >65 años. Se observó un aumento de la frecuencia de mortalidad, de acuerdo al aumento del número de factores de riesgo presentes, al igual que el tiempo de la estancia hospitalaria y los costos. En la cohorte de validación, la mortalidad aumentó de 0.3% en los pacientes sin factores de riesgo (puntuación = 0), hasta el 24.5% con todos los cinco factores de riesgo (puntuación = 5). La precisión del

sistema de puntuación fue alta, con un área bajo la curva de 0.80 y de 0.77, tanto para la cohorte de derivación y validación, respectivamente. Los autores concluyen que este sistema de estratificación de riesgo, es una herramienta sencilla que poseen los médicos del departamento de urgencias, para identificar pacientes que requieren una terapia agresiva.

Comentario: En estudios anteriores, los sistemas de puntuación han demostrado que los estigmas endoscópicos de mal pronóstico, el volumen de sangrado, la edad del paciente y las comorbilidades, aumentan el riesgo de muerte en pacientes con HDA aguda. Este nuevo sistema llegó a la misma conclusión, pero sin la necesidad de datos endoscópicos. La ausencia de una cohorte de validación prospectiva y los datos sobre el recurrencia de sangrado, evitan comparaciones con otros sistemas de puntuación. Sin embargo, el mensaje final de todos los sistemas de puntuación es que los pacientes mayores, con alto volumen de sangrado y las comorbilidades tienen un riesgo notablemente mayor.

Resultados alentadores para la cápsula colónica de segunda generación

Spada C, et al. Second-generation colon capsule endoscopy compared with colonoscopy. Gastrointest Endosc 2011;74:581-589.

A pesar de que la cápsula de colon de primera generación produjo resultados un tanto decepcionantes, la cápsula de segunda generación parece más prometedora. Un estudio inicial de esta cápsula, en relación con la colonoscopia, demostró una sensibilidad del 89% para los pólipos de 6 mm y 88% para los pólipos de 10 mm, con una especificidad del 76% y 89%, respectivamente. Ahora, los investigadores (muchos de ellos tienen vínculos con el fabricante de la cápsula), proporcionan los datos de un segundo estudio.

En este ensayo multicéntrico, participaron 109 pacientes en Europa (edad media de 60 años), los cuales ya se habían programado para la colonoscopia, siendo examinados con la cápsula de colon seguido de una colonoscopia, el mismo día. Los endoscopistas fueron cegados a los resultados de la cápsula. La preparación intestinal en general, fue calificada como adecuada en el 81% de los pacientes.

En la colonoscopia, el 41% de los pacientes tenían al menos un pólipo de 6 mm, y el 29% tenía al menos un pólipo de 10 mm. La sensibilidad de la cápsula fue del 84%, para los pólipos de 6 mm y 88% para los de 10 mm. La especificidad fue del 64% y 95%, respectivamente.

La cápsula arrojó siete resultados negativos falsos: tres de ellos fueron atribuidos a la calificación errónea del tamaño de los pólipos, dos pólipos representan pérdidas por el lector de la cápsula, y en un caso, la cápsula tuvo que ser recuperada desde el colon ascendente durante la colonoscopia, dejando el pólipo detectados en el colon sigmoide.

Comentario: Estos resultados junto con los hallazgos previos, sugieren que la cápsula de colon de segunda generación superará a la cápsula de primera generación. Los problemas de especificidad con la nueva cápsula, parecen ser en gran medida relacionados con desajustes, en la medición de tamaño de los pólipos de la cápsula en comparación con la colonoscopia. Es de destacar, que las perspectivas a largo plazo de la cápsula endoscópica del colon (aún no aprobada por la FDA), siguen siendo inciertas. Mucho depende de si los pacientes aceptan la cápsula, dada la preparación muy agresiva que se requiere y las dificultades logísticas de someterse a una colonoscopia en el mismo día, si la cápsula produce resultados positivos. Aún está por verse, si estas cuestiones son superadas por el deseo de los pacientes, a evitar la colonoscopia convencional o por la conveniencia de la prueba en casa.