Ecos Endoscópicos 2015

Módulo V. Páncreas y hemorragia

Quistes y colecciones líquidas pancreáticas. Manejo endoscópico

Félix Ignacio Téllez Ávila
Médico Adscrito, Departamento de Endoscopia Gastrointestinal, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Dr. Salvador Zubirán"

Correspondencia: Vasco de Quiroga 15, Sección XVI. Delegación Tlalpan. C.P. 14000. Teléfono: 54870900, ext. 2150
Correo electrónico: felixtelleza@gmail.com

Resumen
En el congreso DDW 2015 se revisaron algunos de los datos más recientes en relación con el diagnóstico, seguimiento, evaluación y tratamiento de las lesiones quísticas del páncreas y de las colecciones peripancreáticas. En el presente trabajo se exponen los que, a consideración del autor, son los nuevos avances más significativos para el endoscopista.
Palabras clave: Neoplasia papilar mucinosa intraductal, quiste, seguimiento, ultrasonido endoscópico, colecciones.

Abstract
At DDW 2015 congress reviewed some of the latest data regarding the diagnosis, surveillance, evaluation and treatment of cystic lesions of the pancreas. We included in the present work which, in consideration of the author, are the most significant new developments for the endoscopist.
Keywords: *IPMN, Cyst Fluid, Surveillance, EUS, pancreatic fluid collection.*

Introducción

Este 2015 en el Congreso de la Semana de Enfermedades Digestivas se comentaron aspectos relevantes en relación al diagnóstico, seguimiento, evaluación y tratamiento de las lesiones quísticas del páncreas (LQP) y colecciones líquidas pancreáticas (CLP). En este trabajo se presentan los avances/cambios más relevantes.

En la población general se encuentra una LQP hasta en el 2.5% a 10% si se les realiza una tomografía computada o resonancia magnética. Su incidencia ha ido en aumento debido a la mayor disponibilidad de estas técnicas de imagen. Existen diferentes tipos de LQP (**Tabla 1**) y de acuerdo a las características clínicas y demográficas de los pacientes se puede inferir el tipo de lesión de que se trata en un paciente en particular (**Tabla 2**).[1]

Un importante punto en este tipo de lesiones continua siendo lograr la diferenciación entre las lesiones benignas y las lesiones con potencial de malignidad (o bien ya malignas al momento del diagnóstico) para poder ofrecer la mejor opción a cada paciente (**Figura 1**). Apenas hace un par de años los temas más relevantes y con mayor número de trabajos del tema, fueron enfocados al diagnóstico diferencial entre las lesiones quísticas. Este año los trabajos estuvieron enfocados al seguimiento y tratamiento endoscópico de las lesiones.

Utilización de endomicroscopia láser confocal

El uso del EMF se ha utilizado principalmente para el estudio de lesiones de la vía biliar y tubo digestivo. Este año se presentaron algunos resultados de EMF guiada por USE en pacientes con LQP. En un trabajo multicéntrico francés se evaluó la factibilidad y tasa de complicaciones del procedimiento. Se incluyeron 141 pacientes en 28 meses. El procedimiento fue técnicamente posible en 93% de los casos (3 pacientes fueron fallidos; en todos la lesión debía puncionarse desde la segunda porción duodenal). Se presentaron complicaciones menores en dos casos (pancreatitis aguda leve). En el 10% de los pacientes se presentó sangrado leve intraquístico sin consecuencias.[2] La EMF puede ser utilizada con un adecuado rendimiento para diferenciar entre las diferentes lesiones quísticas del páncreas. Kadayifci et al, mostraron su experiencia con la EMF para diferenciar los diferentes tipos de

0188-9893 © 2015. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal. Publicado por Elsevier México. Todos los derechos reservados.

Tabla 1. Clasificación de las lesiones quísticas del páncreas.

Quistes no neoplásicos
Seudoquiste
Quiste congénito
Neoplasias quísticas
Cistadenoma seroso
Neoplasia quística mucinosa
Neoplasia mucinosa papilar intraductal (rama principal y de rama secundaria)
Degeneración quística de tumores sólidos
Tumor sólido seudopapilar
Tumor endocrino quístico
Adenocarcinoma ductal quístico

LQP en donde encontraron que la técnica tiene alta especificidad (100%) pero sensibilidad limitada (57%) para el diagnóstico de lesiones mucinosas.[3] De acuerdo a un estudio por Sejpal et al, la EMF tiene excelente desempeño para diagnosticar pseudoquistes y tumores quísticos serosos (100% de sensibilidad, especificidad y valores predictivos), alta especificidad (93% y 92%) con moderada sensibilidad (50% y 75) para lesiones mucinosas e IPMN.[4] Por último, fueron mostrados datos sobre la validación externa de los criterios del estudio francés CONTACT[2] y se hizo evidente que el desempeño de los criterios utilizados en el estudio original son útiles en otras latitudes con un adecuado acuerdo interobservador para lesiones serosas (kappa = 0.71), mucinosas (kappa = 0.65) y pseudoquistes (kappa = 0.9).[5]

A pesar de lo anterior habría que considerar los costos de la tecnología del EMF. En un estudio realizado en Reino Unido se demostró que la sola imagen endosonográfica tenía una sensibilidad de 84% y especificidad de 86% cuando se realizaba por un experto. El rendimiento no subió (más aún disminuyó) si se combinaba con los resultados de la aspiración del líquido del quiste.[6]

Lesiones quísticas del páncreas al seguimiento…

Los pacientes con LQP que no cuentan con datos francos de malignidad o estigmas de alto riesgo la recomendación es ponerlos en un programa de seguimiento. A pesar de lo anterior, la historia natural de las LQP es un área de incertidumbre. En un estudio de Lekkerkerker et al.[7] se evaluó la tasa de resección y de malignidad de pacientes con LQP en un programa de seguimiento. Se incluyeron un total de 132 pacientes con LQP que fueron seguidos por un periodo de 31 (6-143) meses. En el seguimiento 12 (9%) pacientes presentaron cambios importantes en la LQP que llevaron a tener una indicación de cirugía después de 26 (7-86) meses. Dos pacientes no fueron operados por no considerarse candidatos, ambos pacientes tenían un IPMN de rama secundaria. Diez (8%) pacientes fueron operados: 8 pacientes se confirmó la naturaleza premaligna de la lesión resecada; dos pacientes tuvieron una lesión benigna (1 quiste inflamatorio y 1 linfangioma). Con lo anterior los autores concluyeron que la mayoría de los pacientes con LQP que se encuentran en seguimiento no tienen cambios sustanciales. Resultados similares se documentaron en un estudio francés en el pacientes con LQP con características de benignidad por USE fueron seguidos por 20 años. De 144 pacientes y con datos al seguimiento, se confirmó la benignidad de las lesiones en 82% de los casos. El resto de los pacientes (18%) tuvieron quistes mucinosos.[8] Un muy interesante trabajó multicéntrico reportó resultados en el seguimiento de pacientes con LQP con niveles indeterminados de antígeno carcinoembrionario (5-200 ng/mL). Ellos concluyen que el punto de corte actual para decir que una LQP es mucinosa (ACE > 200 ng/mL en este trabajo) es subóptimo porque pierde hasta un 16% de los casos.[9]

Tratamiento endoscópico de las lesiones quísticas del páncreas

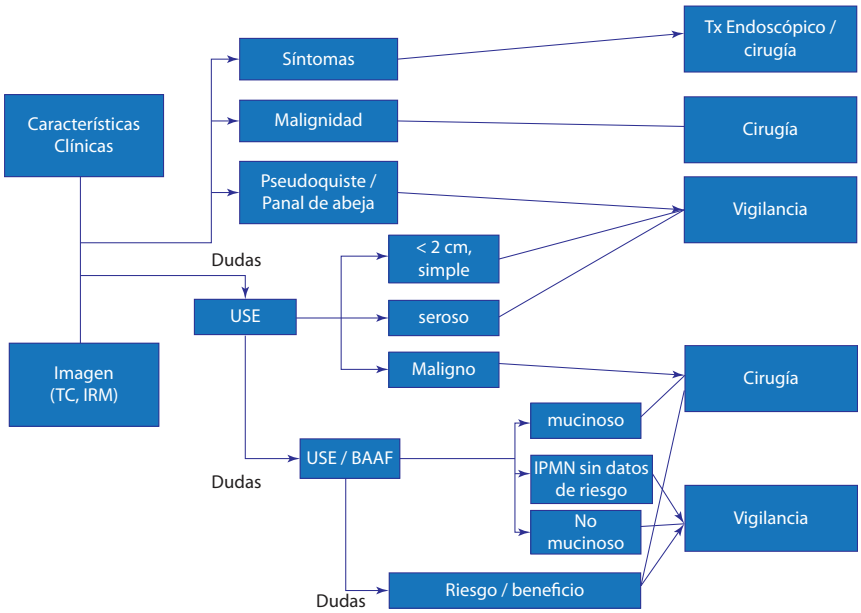
En un trabajo por Gómez et al.[10] se reportaron los resultados de la inyección de alcohol en LQP, de acuerdo a los resultados obtenidos en 23 pacientes, sólo la mitad de los pacientes tuvieron una reducción del tamaño de la lesión en más del 80%. Presentaron un 9% de complicaciones. En este estudio sólo se utilizó alcohol para inyectar, en un trabajo prospectivo, doble ciego y aleatorizado (CHARM study) por Moyer et al.[11] En el estudio se incluyeron 2 grupos: al grupo 1 se les inyectó alcohol seguido de paclitaxel+gemcitabina y al grupo 2 solución salina normal seguida de paclitaxel+gemcitabina. A los 6 meses de seguimiento, la tasa de pacientes con reducción de volumen de la LQP fue de 91% en el grupo 1 y de 90% en el grupo 2; ambos grupos tuvieron

Tabla 2. Características clínicas, laboratorio y demográficas de las lesions quísticas del páncreas más frecuentes.

	Cistadenoma seroso	Neoplasia quística mucinosa	IPMN	TSP	Pseudoquiste
Edad	Adulto mayor	Adulto	Adulto mayor	Joven	Variable
Sexo	Mujer>hombre	Mujer	Hombre>mujer	Mujer	Hombre>mujer
Alcohol	No	No	No	No	Si
Pancreatitis	No	No	frecuente	No	Si
Localización	Indistinto	Cuerpo/cola	Cabeza	Indistinto	Indistinto
Potencial maligno	Raro	Moderado/alto	Bajo/alto	Bajo	Ninguno
ACE en líquido	Bajo	Alto	Alto	Bajo	Bajo

IPMN: Neoplasia papilar mucinosa intraductal; TSP: tumor sólido pseudopapilar; ACE: antígeno carcinoembrionario.

Figura 1. Diagnóstico diferencial y estrategias de manejo para las lesiones quísticas del páncreas.



un 60% de ablación completa de las lesiones a los 6 meses y de 75% al año de seguimiento. Un paciente del grupo de alcohol presentó pancreatitis aguda, mientras que ninguno del grupo 2 presentó complicaciones. Este trabajo pone en duda la utilidad de inyectar de alcohol en los pacientes con LQP. Un reporte de 5 pacientes mostró los resultados sobre el uso de paclitaxel ligado a albúmina. Los resultados son poco valorables por el tamaño de la muestra pero reportaron una efectividad del 60%.[12]

Manejo endoscópico de colecciones pancreáticas

Actualmente se acepta con mayor frecuencia que la mejor opción para el drenaje de CLP es el tratamiento endoscópico, preferentemente, guiado por ultrasonido endoscópico. Aunque al momento actual sólo existe un estudio aleatorizado al respecto,[13] existen otros trabajos comparativos que son consistentes en los resultados, incluyendo un trabajo de nuestro país.[14]

En este año, el foco de las investigaciones en el drenaje de colecciones pancreáticas ya dejó de ser la pregunta sobre su seguridad y eficacia para enfocarse en otros detalles, como por ejemplo la siguiente pregunta: ¿la colocación de una prótesis pancreática en pacientes con drenaje transmural (TM) de una CLP tiene algún efecto en la tasa de éxito o en el tiempo al mismo? Tres estudios, incluyendo un meta-análisis fueron presentados. En un trabajo retrospectivo por Gordon et al. realizado en 79 pacientes con PQP y necrosis encapsulada no se encontró diferencias entre los grupos en relación al éxito, tiempo a la resolución o complicaciones, sin embargo los pacientes con prótesis al pancreático tuvieron un mayor número de estudios realizados.[15] En un estudio retrospectivo multicéntrico de 13 centros en 6 años, se incluyeron 310 pacientes divididos en 2 grupos: TM únicamente (n=177; 57%) *vs.* drenaje mixto (TM + transpapilar; n=133; 43%). De acuerdo a sus resultados no se encontró diferencia entre los grupos en relación a la resolución clínica o radiológica o recurrencia a las 2 semanas después del retiro de las prótesis.[16] Resultados similares se reportaron de un meta-análisis de siete estudios publicados entre 1995-2013 con un total de 551 pacientes, todos retrospectivos, en donde no encontraron diferencias entre los grupos en relación con el éxito clínico, complicaciones y recurrencia.[17]

Colecciones en pacientes con síndrome del conducto desconectado

El SCD puede ocurrir hasta en el 50% de los casos de necrosis pancreática encapsulada. Para prevenir la recurrencia de las colecciones en los pacientes con este síndrome, la colocación de prótesis transmurales sin intención de retiro ha mostrado ser una estrategia eficaz y segura. Rana et al. mostraron sus resultados sobre que es mejor para evitar la recurrencia de colecciones en pacientes con SCD: ¿una prótesis *vs.* dos? De acuerdo a sus resultados no existieron diferencias en la tasa de recurrencia, eficacia o migración de las prótesis.[18]

Varios estudios se mostraron en relación con prótesis metálicas que tienen la capacidad de afrontar las paredes de las estructuras en los cuales están sus extremos (Axios). En un estudio multicéntrico por Larghi et al.[19] se demostró que el sistema es seguro, fácil de realizar y altamente efectivo técnica y clínicamente,[20] que disminuyen los costos totales en el caso de las necrosectomías endoscópicas al permitir que el procedimiento sea en un solo paso[21] y que tiene una baja tasa de recurrencia (10%).[22]

Drenaje endoscópico guiado por USE de colecciones posquirúrgicas

En un estudio proveniente de un centro de nuestro país se demostró la utilidad del drenaje guiado por USE de las colecciones

Figura 2. Guías de manejo para los pacientes con IPMN-RS y neoplasias quísticas mucinosas.

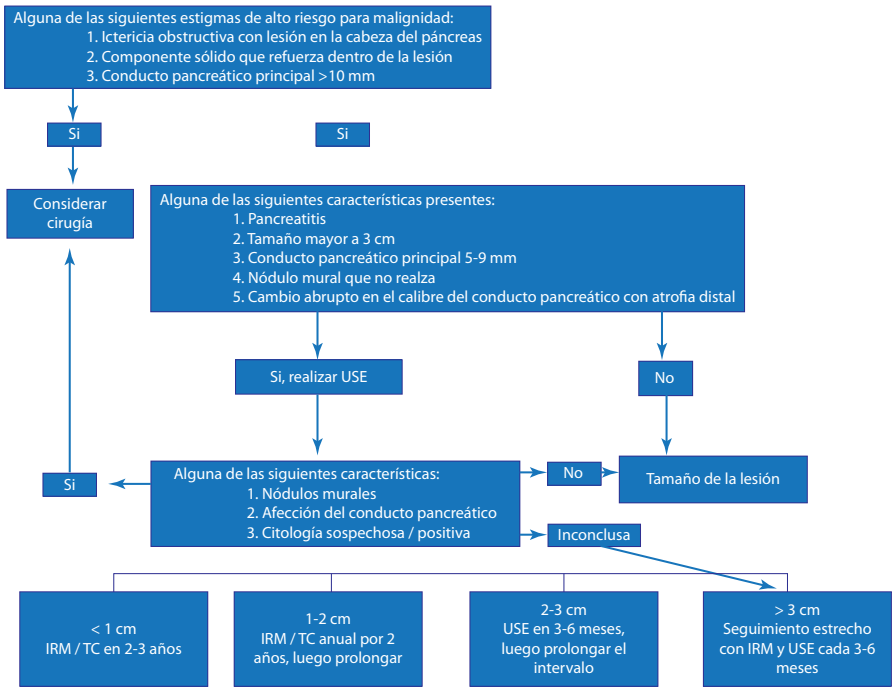


Tabla 3. Diferencias entre los grupos de pacientes tratados con drenaje endoscópico guiado por USE vs drenaje percutáneo.

	USE n = 13 n (%)	Drenaje percutáneo n = 32 n (%)	*P*
Éxito técnico	13 (100)	29 (90.6)	0.25
Éxito Clínico	13 (100)	27 (84.4)	0.13
Recurrencia	4 (30.7)	8 (25)	0.69
Estancia hospitalaria, *días*	22 (8-61)	26.5 (8-99)	0.35
Necesidad de cirugía	3 (23)	3 (9.3)	0.25
Costos, *USD*	8,328 ± 1,600	11,047 ± 1206	0.21
Complicaciones	0 (0)	2 (6.25)	0.3
Mortalidad	1 (7.6)	2 (6.25)	0.9

posquirúrgicas. Existen pocos datos a nivel internacional de este tema. Actualmente se considera el drenaje percutáneo como el procedimiento de elección en estos pacientes. En este trabajo se analizaron los datos obtenidos de 63 procedimientos en 43 pacientes; 13 pacientes fueron drenados por USE y el resto por drenaje percutáneo. Los resultados en relación con el éxito técnico, éxito clínico, recurrencia, estancia hospitalaria, complicaciones y mortalidad se observan en la **Tabla 3**. En conclusión el drenaje guiado por USE demostró ser tan efectivo y seguro como el percutáneo con la ventaja de no requerir un drenaje externo.

Referencias

1. Farrell J, Fernández-del Castillo C. Pancreatic cystic neoplasms: management and unanswered questions. Gastroenterology 2013;144:1303-1315.
2. Napoleon B, Pujol B, Palazzo L, et al. Feasibility and Complications Rate of Needle-Based Confocal LASER Endomicroscopy (nCLE) in Pancreatic Cysts: Preliminary Results of a Multicentric Prospective Study. Accepted Abstracts DDW 2015 [CD-ROM]. Washington D.C: DDW; 2015.
3. Kadayifci A, Atar M, Brugge W. Needle-Based Confocal LASER Endomicroscopy for Differential Diagnosis of Pancreatic Cystic Lesions. Accepted Abstracts DDW 2015 [CD-ROM]. Washington D.C: DDW; 2015.
4. Sejpal D, Haluszka O, Frank G. Gress FG, et al. EUS Guided Needle Based Confocal LASER Endomicroscopy (nCLE): Preliminary Results From a Prospective, Multicenter Study of Pancreatic Cystic Lesions. Accepted Abstracts DDW 2015 [CD-ROM]. Washington D.C: DDW; 2015.
5. Carr-Locke D, Bhutani M, Haluszka O, et al. External Retrospective Validation of Needle-Based Confocal LASER Endomicroscopy (nCLE) Criteria for Pancreatic Cysts. Accepted Abstracts DDW 2015 [CD-ROM]. Washington D.C: DDW; 2015.
6. Butt MA, Papasavvas S, Sangwaiya A, et al. Modelling of Suspicious and High Risk Endosonographic Morphology, Cytopathology and Cyst Biochemistry Highlights the Efficacy of Endosonography Alone to Predict Operative

Histological Outcome in Pancreatic Cystic Tumours. Accepted Abstracts DDW 2015 [CD-ROM]. Washington D.C: DDW; 2015.
7. Lekkerkerker S, Fockens P, Besselink M, et al. Malignant Progression During Long-Term Follow-Up of Pancreatic Cysts: How Often Do WE Change Treatment Strategy? Accepted Abstracts DDW 2015 [CD-ROM]. Washington D.C: DDW; 2015.
8. Napoleon B, Luna OB, Oria I, et al. Natural History of Asymptomatic Unique Pancreatic Cystic Tumors Considered of Benign Potential in Endoscopic Ultrasound. Long Term Surveillance of 144 Patients. Accepted Abstracts DDW 2015 [CD-ROM]. Washington D.C: DDW; 2015.
9. Jaiyeola D, David Grande D, Sachin Wani S, et al. Characteristics and Outcomes of Pancreatic Cystic Neoplasms With Indeterminate CEA Levels Obtained by Endoscopic Ultrasound Guided Fine-Needle Aspiration (EUS-FNA): Results of a Multicenter Study. Accepted Abstracts DDW 2015 [CD-ROM]. Washington D.C: DDW; 2015.
10. Gomez V, Takahashi N, Jones A, et al. EUS Guided Ethanol Injection of Pancreatic Cystic Neoplasms: Outcomes of a Prospective Study. Accepted Abstracts DDW 2015 [CD-ROM]. Washington D.C: DDW; 2015.
11. Moyer MT, Dye CE, Ancrile B, et al. Is Alcohol Required for Effective Pancreatic Cyst Ablation? the Prospective Randomized CHARM Preliminary Trial Pilot Study. Accepted Abstracts DDW 2015 [CD-ROM]. Washington D.C: DDW; 2015.
12. Atar M, Daglilar ES, Kadayifci A, et al. EUS Guided Injection of Albumin Bound Paclitaxel Into Mucinous Pancreatic Cysts. Accepted Abstracts DDW 2015 [CD-ROM]. Washington D.C: DDW; 2015.
13. Varadarajulu S, Bang J, Sutton B et al. Equal efficacy of endoscopic and surgical cystogastrostomy for pancreatic pseudocyst drainage in a randomized trial. Gastroenterology 2013;145:583-590.
14. Téllez-Ávila FI, Saúl A, Ramírez-Luna MA, et al. EUS-guided drainage vs surgical treatment of pancreatic pseudocysts. Accepted Abstracts DDW 2014 [CD-ROM]. Chicago, Ill: DDW; 2014.
15. Gordon SR, Hyder SM, Sampath K, Gardner T. The Effect of Pancreatic Duct Stenting on Clinical Outcomes in Patients Undergoing Endoscopic Cystenterostomy for Pancreatic Fluid Collections. Accepted Abstracts DDW 2015 [CD-ROM]. Washington D.C: DDW; 2015.
16. Yang D, Sunil Amin S, Susana Gonzalez S, et al. Transpapillary Drainage Has No Benefit on Treatment Outcomes in Patients Undergoing EUS-Guided Transmural Drainage of Pancreatic Fluid Collections: a Multi-Center Study. Accepted Abstracts DDW 2015 [CD-ROM]. Washington D.C: DDW; 2015.
17. Amin S, Yang D, Lucas A, Gonzalez S, DiMaio CJ. No Advantage to Pancreatic Duct Stenting When Performing Transmural Endoscopic Drainage of Pancreatic Fluid Collections: a Meta-Analysis and Review of the Literature. Accepted Abstracts DDW 2015 [CD-ROM]. Washington D.C: DDW; 2015.
18. Rana S, Sharma R, Gupta R, Bhasin D. Prevention of Recurrence of Fluid Collections in Walled Off Pancreatic Necrosis and Disconnected Pancreatic Duct Syndrome: Comparative Study of One Versus Two Long Term Transmural Stents. Accepted Abstracts DDW 2015 [CD-ROM]. Washington D.C: DDW; 2015.
19. Larghi A, Kunda R, Dollhopf M, et al. EUS-Guided Drainage of Pancreatic Fluid Collections Using a Novel Lumen-Apposing Metal Stent on an Electrocautery Enhanced Delivery System: a Large Retrospective Multicenter Study. Accepted Abstracts DDW 2015 [CD-ROM]. Washington D.C: DDW; 2015.
20. Siddiqui A, Adler DG, Nieto J, et al. EUS Guided Drainage of Peripancreatic Fluid Collections and Necroses Using a Novel Lumen-Apposing Stent: a Large Multicenter U.S. Experience. Accepted Abstracts DDW 2015 [CD-ROM]. Washington D.C: DDW; 2015.
21. Sanchez-Yague A, Gonzalez-Canoniga A, Lopez-Muñoz C, et al. Use of a Single-Step Lumen-Apposing Covered Metal Stent Delivery System Can Decrease the Cost of Pancreatic Cyst Drainage. Accepted Abstracts DDW 2015 [CD-ROM]. Washington D.C: DDW; 2015.
22. De la Serna C, Peñas I, Santos Santamarta F, et al. Low Recurrence RATES After EUS-Guided Drainage of Pancreatic Fluid Collections (PFC) Using Lumen- Apposing Metal Stents (LAMS): a Long-Term Follow-Up Study. Accepted Abstracts DDW 2015 [CD-ROM]. Washington D.C: DDW; 2015.

Cáncer de páncreas

Miguel Ángel Ramírez Luna
Especialista en Gastroenterología y Endoscopia. Departamento de Endoscopia Gastrointestinal. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Dr. Salvador Zubirán".

Correspondencia: Vasco de Quiroga No. 15, Col. Sección XVI. Delegación Tlalpan. C.P. 14000. Teléfono: 54870900 ext. 2150.
Correo electrónico: mangelramirez@yahoo.com

Resumen
El cáncer de páncreas constituye la cuarta causa de muerte por cáncer en los Estados Unidos. La mayoría de los enfermos con cáncer de páncreas desafortunadamente son diagnosticados con enfermedad localmente avanzada o metastásica, lo cual limita la resección quirúrgica que es el único tratamiento potencialmente curativo. Aproximadamente el 40% de los enfermos tienen enfermedad metastásica al momento del diagnóstico con una sobrevida de alrededor de 6 meses, en este escenario el tratamiento es paliativo. Recientemente avances en el tratamiento del cáncer de páncreas avanzado han mejorado la sobrevida global de los enfermos a 1 año, sin embargo el pronóstico sigue siendo malo. Debido a este mal pronóstico el interés se ha centrado en detectar a las lesiones precursoras del cáncer de páncreas, así como a las poblaciones de riesgo a fin de detectar en estadios incipientes y potencialmente curables a esta neoplasia mortal.
Palabras clave: Cáncer de páncreas, neoplasia mucinosa papilar intraductal, tratamiento endoscópico.

Abstract
Pancreatic cancer is the fourth leading cause of cancer death in the United States. Most patients with pancreatic cancer are unfortunately diagnosed with locally advanced or metastatic disease that limits surgical resection, the only potentially curative treatment. Approximately 40% of patients have metastatic disease at diagnosis with a survival of about six months, in this stage the treatment is palliative. Recent advances in the treatment of advanced pancreatic cancer have improved the overall survival of patients at 1 year, however, the prognosis remains poor. Because of this poor prognosis interest it has focused on detecting precursor lesions of pancreatic cancer as well as risk populations to detect incipient and potentially curable stage this deadly malignancy.
Keywords: *Pancreatic cancer, intraductal papillary mucinous neoplasms, endoscopic treatment.*

En la Semana de Enfermedades Digestivas realizada del 16 al 19 de mayo de 2015 en la ciudad de Washington en los Estados Unidos, se presentaron varios trabajos en relación al cáncer de páncreas (CP) o sus lesiones precursoras de los cuales quiero destacar y comentar los siguientes.

Crippa et al. presentaron un estudio en resumen llamado resultados a largo plazo de neoplasias mucinosas papilares intraductales (NMPI) con criterios para resección según los lineamientos de consenso y que son manejados no quirúrgicamente.[1] El objetivo del estudio fue evaluar los resultados a largo plazo y los predictores de sobrevida en enfermos con NMPI con criterios para resección y que no son operados. El estudio fue retrospectivo y multicéntrico. Se analizaron los datos de alarma y los estigmas de alto riesgo al momento del diagnóstico. Se incluyeron en el estudio 260 enfermos (59% hombres) con una media para la edad de 70 años. De los enfermos incluidos 216 (83%) tenían datos de alarma y 44 (17%) tenían estigmas de alto riesgo. La media de seguimiento fue de 51 meses. La sobrevida global a 5 años fue de 89.9%. Los predictores independientes de pobre sobrevida fueron edad >70 años, citología maligna o atípica, ictericia y un conducto pancreático principal mayor de 15 mm de diámetro. Los autores concluyeron que el 80% de enfermos con

criterios positivos para resección quirúrgica de los lineamientos de Consenso están vivos a 5 años del diagnóstico. Las conclusiones del estudio son importantes en el sentido que aquellos enfermos con alto riesgo quirúrgico y con indicación para resección quirúrgica de la NMPI pueden ser seguidos clínicamente y no necesariamente la mayoría desarrollan carcinoma en el corto plazo y fallecen, la mayoría como lo demuestra el estudio sobreviven en los primeros 5 años y esta puede ser una conducta razonable en los enfermos con riesgo quirúrgico alto.

En otro trabajo presentado en resumen, Kwong et al. nombraron la proporción rápida de crecimiento NMPI pancreáticas que predice malignidad.[2] El objetivo del estudio fue determinar si el crecimiento de la NMPI de rama secundaria (NMPI-RS) puede predecir un incremento en el riesgo de malignidad y definir sus tasas de crecimiento. Se incluyeron en este análisis retrospectivo 284 enfermos con NMPI-RS sin datos de alarma o estigmas de alto riesgo evaluados en 4 centros de referencia para Ultrasonido Endoscópico (USE). Los enfermos fueron seguidos por una media de 56 meses. Nueve enfermos (3.2%) desarrollaron NMPI-RS maligna. Un crecimiento entre 2 y 5 mm/año se asoció a un riesgo incrementado de malignidad con un cociente de riesgo de 11.4 (IC 95%: 2.2-58.6) cuando se comparó a sujetos con crecimiento < 2 mm/año (p=0.004). El crecimiento ≥ 5mm/año tenía un cociente de riesgo de 19.5 (IC 95%: 2.4-157.8), *p*=0.005. Una velocidad de crecimiento de 2 mm/año mostró una sensibilidad de 78%, especificidad de 90% y precisión diagnóstica de 88% para identificar malignidad. Los autores concluyeron que un crecimiento de las NMPI-RS ≥ 2 mm/año y un crecimiento total de ≥ 10 mm debe ser considerado un dato de alarma para transformación maligna. Este estudio muestra la importancia del esquema de vigilancia de las NMPI-RS no sólo en el sentido por criterios de Consenso del tamaño total de la lesión quística, esto es un parámetro estático. Adicionalmente muestra la importancia del estado dinámico de crecimiento de la lesión, es decir no basta saber que una NMPI-RS es mayor de 3 cm de diámetro para considerarla un criterio de alto riesgo para malignidad sino que aún midiendo menos de 3 cm o tan pequeña como 1 cm, si su velocidad de crecimiento es mayor de 2 mm/año o creció en al menos 10 mm desde el último control debe ser considerado un dato de alto riesgo de transformación maligna y considerar al enfermo para resección quirúrgica.

Rustagi et al. presentó un estudio en resumen llamado efectividad comparativa de prótesis plásticas (PP) contra prótesis metálicas (PM) para el drenaje biliar preoperatorio en obstrucción biliar distal maligna resecable o resecable limítrofe. Una revisión sistemática y meta-análisis.[3] Las bases de datos de MEDLINE y Embase fueron evaluadas por dos revisores y se incluyeron los estudios publicados hasta noviembre de 2014. Se incluyeron en el análisis en total 27 estudios, 24 fueron retrospectivos, 2 prospectivos y 1 estudio aleatorizado controlado. De los enfermos incluidos 2931 eran resecables. Las complicaciones globales fueron mayores en el grupo de PP comparado a PM (57.8% *vs.* 30.6%, p<0.0001). La colangitis y colestasis fueron más frecuentes en el grupo de PP (p<0.0001). La presencia de pancreatitis fue más frecuente en el grupo de PM (p<0.0003). El grupo de PP tuvo más colangiografías retrógradas endoscópicas (CRE) comparado al grupo de PM (10% *vs.* 6.9%, p=0.44). El grupo de PP tuvo mayor estancia hospitalaria (14.1 *vs.* 7.8 días, p<0.001) y una mayor mortalidad (2.3% *vs.* 0.22%, p=0.0014) comparado al grupo de PM. No hubo diferencias significativas entre el tiempo a la cirugía. Los autores concluyeron que las PM son efectivas y seguras y ofrecen mejores resultados en el drenaje de la vía biliar en enfermos con cáncer resecable o resecable limítrofe. Las PP tienen mayores complicaciones, mayor número de procedimientos, mayor hospitalización y mayor mortalidad comparado a PM. Este estudio muestra la importancia que recientemente tiene el considerar para quimioterapia neoadyuvante a los enfermos con carcinoma distal de las vías biliares o de la cabeza del páncreas resecable o localmente avanzado. En estos casos el drenar la vía biliar a fin de mejorar la colestasis de estos enfermos y poder iniciar la quimioterapia es de suma importancia. En tales casos y en particular en los países de Latinoamérica nos cuestionamos si vale la pena poner PM o PP para drenar la vía biliar considerando el costo de las PM. Es claro por la evidencia previa en la literatura y reforzada por este estudio en resumen que las PM son más costo-efectivas y se acompañan como el estudio lo muestra de menos complicaciones en particular secundarias a obstrucción de la prótesis con colangitis, por esto último los enfermos con PP tienen más episodios de hospitalización y la mortalidad es mayor.

Wang et al. informaron un estudio llamado la dilatación ductal como un signo de adenocarcinoma de páncreas. Un análisis de 308 casos confirmados patológicamente.[4] El objetivo del estudio fue evaluar la sensibilidad de la dilatación del conducto pancreático, biliar y signo de doble conducto en enfermos con adenocarcinoma de páncreas resecado así como evaluar los factores que potencialmente influyen en la dilatación ductal. Se realizó una revisión retrospectiva que incluyó a 308 enfermos en tres centros de referencia con adenocarcinoma de páncreas resecado y confirmado patológicamente. La sensibilidad del signo de doble conducto para el diagnóstico de adenocarcinoma de páncreas resecable fue de 64.9% (IC 95%; 59-70.4%). El 83.2% de los enfermos tenían dilatación biliar y 74.6% tenían dilatación del conducto pancreático. El riesgo de dilatación de doble conducto se incrementó en 30% por cada milímetro de aumento del tamaño del tumor pancreático. Los autores concluyeron que el signo de doble conducto tiene una sensibilidad del 65% para el diagnóstico de adenocarcinoma de páncreas. La edad, el tamaño del tumor y su localización se asociaron con la presencia de dilatación de doble conducto en la imagen preoperatoria de los enfermos con adenocarcinoma de páncreas resecable quirúrgicamente. Este estudio es muy interesante en el sentido de que en muchos enfermos con síntomas abdominales a veces poco específicos se les realiza una tomografía de abdomen (TC) o resonancia magnética (RM) y se encuentra dilatación del conducto biliar, del conducto pancreático o de ambos pero sin otra lesión pancreática y con pruebas de función pancreática o biliar anormales. En tal caso este estudio muestra la utilidad de insistir con estudios con mayor rendimiento diagnóstico a fin de buscar una neoplasia pequeña que ha pasado desapercibida inicialmente. La dilatación del conducto biliar es el signo que muestra mayor rendimiento diagnóstico pues se encuentra dilatado en el 83% de los enfermos seguido por el signo de doble conducto que se observó con una sensibilidad de 65%. Estos resultados

muestran pues la importancia de realizar estudios con mayor precisión diagnóstica tales como el USE en búsqueda de neoplasia pequeñas no identificadas en la evaluación inicial con TC o RM.

Kawada et al. presentaron un estudio titulado nódulo mural de 10 mm o mayor como predictor de malignidad en NMPI del páncreas: Validación patológica y radiológica.[5] En el estudio se incluyó una revisión retrospectiva de los enfermos que se les operó por albergar una NMPI con un nódulo mural ≥10 mm. Los enfermos fueron clasificados de acuerdo al área ocupada por la displasia de alto grado en el nódulo mural en total, parcial y periférica. Se incluyeron 37 enfermos en el análisis. La media de diámetro del nódulo mural fue de 16±7.9 mm, 34 NMPI (92%) fueron diagnosticados como malignos. La sensibilidad global de la citología del jugo pancreático fue de 59%. El nódulo mural ≥10 mm fue identificado en la tomografía computada, colangiopancreatografía por resonancia magnética, ultrasonido transabdominal y ultrasonido endoscópico en 65%, 74%, 90% y 97%, respectivamente. Los autores concluyeron que la mayoría de las NMPI con nódulos murales ≥10 mm fueron malignos y la sensibilidad de la citología del jugo pancreático fue baja. Los nódulos murales ≥10 mm de diámetro es un predictor óptimo de malignidad independientemente de la citología. Es de destacar en primer lugar un nódulo mural de 10 mm o mayor con alta frecuencia (92%) alberga displasia de alto grado o carcinoma, en segundo lugar la citología realizada por punción guiada por ultrasonido endoscópico tiene una baja sensibilidad (59%) para el diagnóstico de malignidad asociada a un nódulo mural y en tercer lugar el ultrasonido endoscópico es el método de imagen que con mayor frecuencia identificó el nódulo mural comparado incluso a tomografía computada o resonancia magnética. Es más importante pues el crecimiento y tamaño del nódulo mural (≥10 mm) asociado a NMPI-RS como predictor de malignidad asociada más que la citología tomada por punción.

Financiación

El autor declara no haber recibido financiación.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Crippa S, Marchegiani G, Malleo G, et al. Long-Term Outcomes of IPMNs With Consensus Guidelines Criteria for Resection Undergoing Nonoperative Management {abstract 43}. Accepted Abstracts DDW 2015 {CD-ROM}. Washington, DC: DDW;2015.
2. Kwong W, Lawson R, Abbas S, et al. Rapid Growth Rates of Suspected Pancreatic Cyst Branch Duct Intraductal Papillary Mucinous Neoplasms Predict Malignancy {abstract 45}. Accepted Abstracts DDW 2015 {CD-ROM}. Washington, DC: DDW;2015.
3. Rustagi T, McCarty T. Comparative Effectiveness of Metal Versus Plastic Stents for Preoperative Biliary Drainage in Resectable and Borderline Resectable Distal Malignant Biliary Obstruction: a Systematic Review and Meta-Analysis {Mo1386}. Accepted Abstracts DDW 2015 {CD-ROM}. Washington, DC: DDW;2015.
4. Wang XJ, Baxi A, Harri P, et al. Ductal Dilatation As a Sign of Pancreatic Adenocarcinoma: An Analysis of 308 Pathologically-Confirmed Cases {Sa2059}. Accepted Abstracts DDW 2015 {CD-ROM}. Washington, DC: DDW;2015.
5. Kawada N, Hayashi N, Tsuchishima M, et al. Mural Nodule of 10 mm or Larger As Predictor of Malignancy for Intraductal Papillary Mucinous Neoplasm of the Pancreas: Pathological and Radiological Validation {Su1468}. Accepted Abstracts DDW 2015 {CD-ROM}. Washington, DC: DDW;2015.

Hemorragia gastroduodenal, evidencia de nuevos métodos hemostáticos

E. Hugo Barrera Torres
Hospital México Americano

Correspondencia: Pablo Neruda 3265-23 Col. Providencia. Guadalajara, Jalisco. C.P. 44650 Teléfono: (33)36420654
Correo electrónico: ehugobarrerat@gmail.com

Resumen

La hemorragia gastroduodenal es una causa común de admisión hospitalaria. La causa más común es la úlcera péptica. La historia natural demuestra que más del 80% detiene espontáneamente la hemorragia, sin embargo si el paciente resangra, se incrementa en más de 10 veces la mortalidad. Por ello toman relevancia los avances tecnológicos para definir la causa específica de la hemorragia y las diferentes opciones terapéuticas para evitar el resangrado.

Palabras clave: hemorragia gastroduodenal, resangrado.

Abstract

Gastroduodenal hemorrhage is a common cause by emergency admissions to the hospital. Peptic ulcers are the most common cause of hospitalization by UGIB. The natural history of non-variceal UGIB is that approximately 80% of patients will stop bleeding spontaneously, however if a patient rebleeds, there is a 10 fold increased mortality. That why take relevance the endoscopic advances in therapy.

Keywords: *Gastroduodenal hemorrhage, rebleeds.*

Para tratar una lesión con hemorragia, es esencial tener una buena limpieza y posibilidad de observación, esto puede ser difícil en pacientes con hemorragia activa o con coágulos adheridos que puedan oscurecer el sitio de origen. Se ha insistido en las herramientas que debe tener un endoscopista, para facilitar la detección de lesiones causantes de la hemorragia.[1,2] Los instrumentos de soporte para lograrlo es variado desde un endoscopio terapéutico de gran canal de trabajo o uno de doble canal, bomba inyectora de agua a presión, aditamentos externos para lavado, lavado gástrico pre-endoscopia, insuflador de bióxido de carbono, sobre tubos, el uso de capuchones o cilindros transparentes que facilitan mucho la observación y estabilización de las lesiones. Finalmente el uso de nuevos endoscopios (Olympus GIF-2T260M) con doble sitio de flexión y doble canal de trabajo, que mejora la posibilidad de posicionamiento ante lesiones de difícil acceso como en el fondo, curvatura menor o cara posterior de duodeno.

Todo esto se traduce en una mejora significativa en la calidad del examen endoscópico y una disminución de la necesidad de repetir una endoscopia alta. Aunque repetidos meta-análisis han demostrado que no mejoran resultados como estancia hospitalaria, requerimientos de transfusiones de sangre o necesidad de cirugía.

De las herramientas más novedosas en el manejo de la hemorragia digestiva es el Hemospray, un polvo hemostático endoscópico. Chen et al.[3] demuestran en este trabajo descriptivo, la experiencia con el uso del TC-325 partículas biológicamente inertes

que al contacto con el líquido, se vuelve coherente y adhesivo, en la hemorragia gastrointestinal alta y baja. De Julio 2011/2013, revisaron retrospectivamente los pacientes que fueron tratados con TC-325, con los objetivos primarios de definir hemostasia inmediata, resangrado temprano (72 hrs.) y tiempo de eliminación del TC-325. Resultados: 60 pacientes recibieron 67 tratamientos con TC-325, 21 por hemorragia alta no maligna, no variceal, 19 por hemorragia alta maligna, 11 por hemorragia baja y 16 por hemorragia durante algún procedimiento. Se logró hemostasia inmediata en 66 casos (98.5%) con 6 casos (9.5%) de resangrado temprano. No se presentaron eventos adversos. No se encontró permanencia del TC-325 en los 11 pacientes que se llevaron a endoscopia de revisión, en 4 pacientes dentro de las 24 horas. Concluyen que el TC-325, parece seguro y efectivo para el manejo de la hemorragia digestiva de causas variadas. El tiempo de permanencia del TC-325 es corto, con eliminación completa dentro de las 24 horas después de aplicarlo. En la DDW2015 se presentó la experiencia del uso de Hemospray en un solo hospital de 1213 camas en el Reino Unido.[4] Se analizó la hemostasia primaria, el rango de resangrado y la mortalidad. Resultados: Hemospray fue aplicado en 40 pacientes con HTDA aguda, con edad media de 68 años, 70% masculinos y 30% femeninos. La causa más frecuente fue úlcera péptica 26/40 pacientes (65%), otras causas de HTDA no variceal 9/40 (22.5%), úlceras posteriores al uso de ligas 5/40 (12.5%). Hemospray fue utilizado como terapia primaria en 36/40 pacientes (90%), logrando hemostasia en 34/36 pacientes 94%. En el 10%, el Hemospray fue utilizado como terapia de rescate después de que el método estándar había fallado. Resangrado dentro de los 7 días ocurrió en 8% y en el 11% presentaron resangrado a 30 días. Concluyen que el Hemospray es seguro y efectivo en lograr una hemostasia inicial, ya sea como primer uso o como rescate, como monoterapia o combo.

En el paciente con anemia por deficiencia de hierro (ADH) o de hemorragia gastrointestinal de origen oscuro (HGOO) se ha identificado a los pólipos gástricos hiperplásicos (PGH) como una posible causa. Se presentó un trabajo analizando la evolución de los pacientes manejados con resección endoscópica de la mucosa (REM) con y sin cirrosis.[5] En un estudio retrospectivo de 6 años de una sola institución, analizando datos clínicos, niveles de hb antes y después de la REM. Buen resultado clínico fue definido como la resolución de la hemorragia por al menos 6 meses después de la REM. La recurrencia se definió como el retorno de datos clínicos de hemorragia debido a PGH cualquier tiempo después del buen resultado inicial. Fueron referidos 62 pacientes con PGH para REM con un tamaño promedio de 18.7-11.1 mm. Cada paciente se le removió de 2 a 3 pólipos el 34% de los pacientes se identificaron con cirrosis hepática. La mayoría de pacientes con cirrosis se presentaron con HTD 67%, mientras que la mayoría de pacientes sin cirrosis de presentaron con ADH 66%. El promedio de hb inicial fue de 9.7 y de 10.2 en cirróticos y no cirróticos. La técnica de la REM fue exitosa en el 100%, sin eventos adversos significativos. Se logró buen resultado clínico en el 79% (76%/80% cirróticos y no cirróticos). La recurrencia se observó a los 19 meses, pero más corta en cirróticos. En caso de recurrencia (24 p) se repitió el método y en el 79% de ellos ya no manifestaron evidencia de ADH o HGOO. Consideran que la REM es un tratamiento efectivo y seguro en PGH causantes de ADH o HGOO, en pacientes con o sin cirrosis. La recurrencia sintomática puede ser frecuente pero el repetir el manejo parece ser efectivo.

Argón plasma (AP) es otro método hemostático de no contacto para el tratamiento de la hemorragia no variceal, fue utilizado en lesiones ulcerosas con vaso visible, lo cual tradicionalmente no es muy aceptado. Tiene la ventaja de coagular lesiones de difícil acceso u orientación, en relación a otros métodos hemostáticos. En este artículo investigaron la eficacia a 30 días del AP en pacientes con HTDANV con vaso visible (VV), de origen ulceroso y de lesiones de Dieulafoy.[6] Es un estudio observacional, retrospectivo de un solo centro hospitalario de pacientes admitidos por esta causa del 2008 al 2014. Recibieron AP como tratamiento, 104 pacientes, 76 (73%) fueron hombres, con edad de 16 a 94 años promedio de 63. Ocho pacientes con cirrosis hepática, 10 con falla renal, 8 con falla cardiaca y 9 con malignidad diseminada. La hemoglobina media fue de 7.8 g/dl. La mayoría de lesiones se localizaron en el duodeno (60%). 100 pacientes (96%) presentaron úlcera duodenal con vaso visible no sangrante en 74 y VV sangrante en 26 y en 4% lesiones de Dieulafoy. La mitad tuvieron tratamiento inicial con adrenalina. El éxito técnico total fue del 96%. La falla técnica se presentó en 4 pacientes con úlcera duodenal. Se concluye que el AP es un método de efectiva hemostasia en pacientes con HTDANV con vaso visible con un aceptable rango de resangrado.

Los indicadores de calidad relacionados a la hemorragia de tubo digestivo alto (HTDA), fueron publicados a principios del 2015, en un artículo conjunto entre la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal y el Colegio Americano de Gastroenterología[7,8] definiendo y midiendo la calidad en la endoscopia, éstos son los puntos específicos más importantes.

Frecuencia con la cual los IBPs son indicados bajo la sospecha de úlcera péptica sangrante. "Indicador Prioritario". Frecuencia con la cual la endoscopia es realizada por un médico completamente entrenado y certificado. Frecuencia con la que se completa y documenta el examen de esófago, estómago, duodeno y retroflexión. Frecuencia con que se describe, se localiza y documenta, el tipo de lesión en HTDA. Frecuencia con la cual las úlceras pépticas revelan y documentan, al menos uno de los estigmas de sangrado. Frecuencia con la que se realiza tratamiento endoscópico en úlceras con sangrado activo o con vaso visible no sangrante. "Indicador prioritario". Frecuencia con que se logra hemostasia primaria, en lesiones con STDA. Frecuencia con la que se utiliza una segunda modalidad de tratamiento después de inyección de adrenalina, en úlceras pépticas sangrantes.

En este año es publicada la mortalidad intrahospitalaria por HTDA de Estados Unidos en las últimas dos décadas.[9] Este análisis menciona que la mortalidad ha disminuido de 4.5% a 2.1%, que la HTDA no variceal disminuyó de 108 a 78 casos/100,000 personas, la endoscopia terapéutica aumentó de 10% a 27%, la endoscopia temprana de 36% a 54%, la media de estancia hospitalaria bajó de 4.5 días a 2.8 días del año 1989 a 2009. Pero el costo medio por hospitalización aumentó de 9,249 a 20,370 dólares y el presupuesto económico se incrementó de 3.3 billones a 7.6 del año 1989 a 2009.

Referencias

1. Zaltzman J. Gastroduodenal bleeding: What should be in your toolbox? ASGE 2015 Annual postgraduate course. [CD-ROM]. Washington, DC: DDW; 2015.

2. Muguruma N, Kitamura S, Kimura T, et al. Endoscopic management of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: State of de art. Clin Endosc 2015,48:96-101.
3. Chen YI, Barkun A, Nolan S. Hemostatic powder TC-325 in the management of upper and lower gastrointestinal bleeding: a two-year experience at a single institution. Endoscopy 2015;47:167-171.
4. Widlak M, Wijesingh H, et al. Hemospray for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding - UK 'Real-World' Single Center Experience. Accepted Abstracts DDW 2015;182 [CD-ROM]. Washington, DC: DDW; 2015.
5. Nelson M, Grande D. Impact of Endoscopic Mucosal Resection on Gastrointestinal Blood Loss Due to Gastric Hyperplastic Polyps in Patients With and Without Cirrhosis. Accepted Abstracts DDW 2015;185 [CD-ROM]. Washington, DC: DDW; 2015.
6. Efficacy of Argon Plasma Coagulation Treatment in Patients With Upper Gastrointestinal Hemorrhage From the Lesions With Visible Vessel. Prueksapanich P, Pittayanon R et al. Accepted Abstracts DDW 2015;184 [CD-ROM]. Washington, DC: DDW; 2015.
7. Rizk MK, Sawhney MS, Cohen J, et al. Quality indicators for all GI endoscopic procedures. Gastroint Endosc 2015;81:3-16.
8. Park WG, Shaheen NJ, Cohen J, et al. Quality indicators for EGD. Gastroint Endosc 2015;81:17-30.
9. Abougergi M, Travis A, et al. The in-hospital mortality rate for upper GI hemorrhage has decreased over 2 decades in the United States: a nationwide analysis. Gastroint Endosc 2015;81:882-888.

Hipertensión portal (Baveno VI)

Juan Manuel Blancas Valencia
Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI. IMSS

Correspondencia: Amores No. 942-16 Col. Del Valle. C.P. 03100 Delegación Benito Juárez. Teléfono: 55752379. Fax 55740535
Correo electrónico: blancasoropeza@prodigy.net.mx

Resumen
El objetivo de esta reunión académica fue desarrollar las definiciones de los eventos clave en los pacientes con hipertensión portal y hemorragia variceal, así como revisar la evidencia existente y la generada en los últimos 5 años en la historia natural de la enfermedad, el diagnóstico y las modalidades terapéuticas en la hipertensión portal, así como emitir recomendaciones basadas en evidencia para la realización de ensayos clínicos para el manejo de estos pacientes. En todas las reuniones de este tipo se emitieron recomendaciones vía consenso sin embargo aún quedan varios puntos por definir.
Palabras clave: Hipertensión portal, ligadura endoscópica variceal.

Abstract
The aims of these meetings were to develop definitions of key events in portal hypertension and variceal bleeding, to review the existing evidence on the natural history, the diagnosis and the therapeutic modalities of portal hypertension, and to issue evidence- based recommendations for the conduct of clinical trials and the management of patients. All these meetings were successful and produced consensus statements on some important points, although some issues remained unsettled.
Keywords: *Portal Hypertension, Endoscopic variceal banding.*

Al igual que en reuniones previas, el propósito del Baveno VI fue doble

1º Revisar y puntualizar en perspectiva los cambios en el diagnóstico y las estrategias terapéuticas que han ocurrido en los últimos 5 años en el campo de la hipertensión portal.

2º Continuar el esfuerzo que se inició en Baveno I hace 25 años, de actualizarse en las definiciones y guías para mejorar la calidad de futuros estudios en esta área y en el manejo del paciente con hipertensión portal. En Baveno VI, se utilizó el Sistema Oxford, para representar el nivel de evidencia.

Evaluación diagnóstica de los pacientes con HP

Métodos invasivos y no invasivos. Las pruebas no invasivas son más ampliamente disponibles y facilitan la estadificación de la fibrosis. Un avance importante lo constituye la elastografia hepática y en base a esta se pueden detectar más pacientes en etapas tempranas de la enfermedad.

¿Cuándo iniciar la búsqueda de várices? Cuando se establece el diagnóstico de cirrosis o de enfermedad hepática crónica avanzada compensada (cACLD).

Los métodos no invasivos son suficientes para sospechar/diagnosticar cACLD. Tenemos criterios de sospecha como son: Signos físicos (hígado duro, esplenomegalia, telangiectasias, Plaquetas < 150,000//mm^3, disminución de albúmina, incremento de bilirrubina, TP prolongado y confirmatorios: Imagen que muestre superficie hepática nodular o signos específicos de HP (circulación colateral) o esplenomegalia >13 cm, rigidez hepática ≥ 10 kPa por elastografia transitoria (TE).

Métodos invasivos: Utilizados usualmente en un abordaje escalonado cuando el diagnóstico está en duda o como prueba confirmatoria: Várices en la endoscopia, biopsia hepática con fibrosis avanzada y GPVH > 10 mmHg.

Entre las pruebas no invasivas disponibles, la medición de la rigidez hepática usando TE ha sido la más estudiada para identificar pacientes con alto riesgo para HPCS (HP clínicamente significativa) Diagnóstico de HPCS en pacientes con cACLD. Se puede realizar con la medición de GPVH, el cual es el estándar de oro para evaluar la presencia de HPCS (definida como GPVH ≥10 mmHg), de esta forma y por definición los pacientes sin HPCS no tienen riesgo de várices. En pacientes con cACLD relacionada con VHC los métodos no invasivos son suficientes para establecer HPCS, de esta forma si encontramos: Rigidez hepática por TE (≥25 kPa) sola o en combinación con plaquetas y tamaño del bazo y/o imágenes mostrando circulación colateral se pueden definir al grupo de pacientes con riesgo de tener signos endoscópicos de HP. El valor diagnóstico de TE para HPCS en otras etiologías aún no ha sido establecido.

Identificación de pacientes con cACLD en quienes se puede evitar con seguridad la realización de la endoscopia: Pacientes con rigidez hepática <20 kPa y con plaquetas >150 000 tienen un riesgo muy bajo de tener várices y se pueden evitar la endoscopia (5; D) de esta forma estos pacientes pueden ser seguidos repitiendo anualmente TE y cuenta plaquetaria (5; D) pero si la rigidez hepática se incrementa o la cuenta plaquetaria baja estos pacientes deben someterse a endoscopia (5; D).

Vigilancia: En pacientes compensados con daño hepático (ingesta activa en alcohólicos, falta de respuesta viral sostenida (RVS) en infección con virus de hepatitis C (VHC) sin varices en la endoscopia índice, la vigilancia endoscópica debe repetirse cada 2 años (5; D).

En pacientes compensados con daño hepático (ingesta activa en alcohólicos, falta de RVS en VHC) con várices pequeñas en la

endoscopia índice, la vigilancia endoscópica debe repetirse con intervalos de 1 año (5; D).
En pacientes compensados en quienes el factor etiológico ha sido removido (RVS en VHC, larga abstinencia en alcohólicos) sin várices en la endoscopia índice, la vigilancia endoscópica debe repetirse con intervalos de 3 años (5; D).
En pacientes compensados con en quienes el factor etiológico ha sido removido (RVS en VHC, larga abstinencia en alcohólicos) con várices pequeñas en la endoscopia índice, la vigilancia endoscópica debe repetirse con intervalos de 2 años (5; D).
Impacto del manejo etiológico en cirrosis (incluye tratamiento antiviral para VHB, VHC) y terapia anti-fibrótica en hipertensión portal. El tratamiento etiológico de la enfermedad hepática puede reducir la HP y prevenir complicaciones en pacientes con cirrosis establecida (A; 1).
¿Qué hacer después del manejo exitoso del factor etiológico (prevención de la descompensación). La mejor estrategia es prevenir la re-institución del factor etiológico o de algún otro factor que afecte la historia natural de la enfermedad.
Profilaxis primaria. Hasta el momento ya sea ligadura endoscópica variceal (LEV) o los Betabloqueadores no selectivos (BBNS) pueden ser recomendados en la profilaxis primaria del primer sangrado variceal (1a; A).
Manejo del episodio agudo de sangrado: Ante la sospecha de hemorragia variceal, se deben iniciar drogas vasoactivas tan pronto como sea posible, antes de la endoscopia (1B).
Después de la estabilización hemodinámica, los pacientes con hemorragia gastrointestinal alta y con características sugestiva de cirrosis deben ser sometidos a una panendoscopia dentro de la siguientes 12 horas (5; D). La endoscopia debe ser realizada por un endoscopista con experiencia sobre una base de 24/7 (5; A).
El tratamiento endoscópico recomendado en hemorragia variceal aguda LV. La terapia endoscópica con adhesivos tisulares (N-butyl-cyanoacrylato) es recomendada para hemorragia aguda por varices gástricas aisladas (IGV) (1b A) y para (GOV2) (5; D).
La sonda de balones, dada la gran incidencia de sus eventos adversos, debe usarse solamente en hemorragia refractaria, como un puente temporal (máximo 24 horas) (5; D).
Los estudios disponibles sugieren que las prótesis esofágicas metálicas recubiertas autoexpandibles pueden ser tan eficaces y una opción segura más que la sonda de balones en hemorragia variceal esofágica refractaria (1b).
La hemorragia persistente a pesar del tratamiento combinado (farmacológico y endoscópico es mejor manejado con derivaciones porto sistémicas (TIPS) con prótesis recubiertas.
El resangrado durante los primeros 5 días puede ser manejado con un segundo intento de manejo endoscópico. Si el resangrado es severo, la colocación de TIPS es probablemente la mejor opción (2; B).
Un TIPS temprano dentro de las 72 horas (idealmente ≤ 24 horas) DEBE ser considerado en pacientes con sangrado de VE, GOV1 y GOV2 con alto riesgo de falla al tratamiento (Child-Pugh C ≤ 14 puntos o Child-Pugh B con hemorragia activa). Después de tratamiento farmacológico y endoscópico (1 b; A).
Profilaxis secundaria. La primera línea de tratamiento para todos los pacientes es la combinación de BBNS propranolol o nadolol + LVE (1 a; A). LVE no debe ser usada como monoterapia, al menos que exista intolerancia/contraindicaciones para BBNS (1a; A). Los BBNS deben ser usados como monoterapia en pacientes con cirrosis que no son candidatos a manejo con LVE (1a; A).
Los TIPS recubiertos son el tratamiento de elección en pacientes con falla a la primera línea de tratamiento BBNS más LVE (2b; B)

Gastropatía portal hipertensiva
La GPH debe ser diferenciada del GAVE porque sus tratamientos son diferentes (4, C)
Los BBNS son la primera línea de tratamiento en la prevención de la hemorragia recurrente.

Financiamiento
El autor declara no haber recibido financiamiento.

Conflicto de intereses
El autor declara no tener conflicto de intereses.

Referencias
1. Reunión de Baveno VI, April 10-11, 2015 Baveno, Lake Maggiore, Italy.

Urgencias de tubo digestivo bajo, "que hay de nuevo"

Angel Mario Zárate Guzmán
Servicio de Gastroenterología. Hospital General de México "Dr Eduardo Liceaga"

Claudia Patricia Carvallo Guevara*
Endodiagnóstica S.C. Unidad de Videoendoscopia Centro Médico Dalinde

***Correspondencia:** Tuxpan 25 1er piso Centro Médico Dalinde. Col. Roma Sur Delegación Cuauhtémoc C.P. 06760
***Correo electrónico:** zaguz98yahoo.com

Introducción
Las urgencias que se presentan en el tubo digestivo bajo son menos frecuentes que las del tubo digestivo superior, pero no menos importantes y la endoscopia juega un papel importante en el manejo de estas situaciones.
Las dos principales causas son la hemorragia de tubo digestivo bajo y los cuerpos extraños. Las obstrucciones y seudoobstrucciones intestinales también pueden ser tratadas mediante endoscopia, en algunos casos como en la obstrucción por cáncer de colon pueden paliar la obstrucción o como tratamiento definitivo con la colocación de prótesis o bien en el manejo de vólvulo de sigmoides. Se revisan los últimos avances en este campo.
Palabras clave: Urgencias, colon, hemorragia, cuerpos extraños, obstrucción.

Abstract
Emergencies that occur in the lower digestive tract are less frequent than those of the upper gastrointestinal tract but no less important and endoscopy plays an important role in handling these situations. The two main causes are lower gastrointestinal bleeding and foreign bodies, intestinal obstructions

and also be treated endoscopically in some cases such as obstruction by colonic cancer with prosthesis placement to relieve the obstruction or as definitive treatment or sigmoid volvulus. We review recent advances in this field.
Keywords: *Emergency, colon, bleeding diverticular, foreign bodies, occlusion.*

Las urgencias en el tubo digestivo bajo son menos frecuentes que las del tubo digestivo alto. Las podemos dividir en hemorragia, presencia de cuerpos extraños que migran desde la parte alta o bien son introducidos a través del ano e inclusive de la cavidad abdominal y las obstrucciones por carcinoma o vólvulo de sigmoides o seudoobstrucciones intestinales síndrome de Ogilvie. Estas pueden ser resueltas en algunos casos mediante el uso de la colonoscopia.

Hemorragia de tubo digestivo bajo

La localización de la hemorragia originada en el tubo digestivo se clasifica en alto, medio y bajo dependiendo del sitio donde ésta se produce. La evaluación y el manejo dependen del tipo de presentación y de los datos clínicos relevantes del paciente.

En la hemorragia de tubo digestivo bajo (HTDB) clínicamente puede ser una hemorragia insignificante hasta llegar a provocar alteraciones hemodinámicas y manejo agresivo con reanimación del paciente, en décadas pasadas los estudios de imagen eran los primeros en utilizarse en la evaluación de este tipo de pacientes. El uso de la colonoscopia de urgencia se ha vuelto en el estándar de oro en el diagnóstico y manejo de esta situación.[1]

El tiempo óptimo de realización de un estudio endoscópico en HTDB puede ser en las primeras 12-24 hrs. de iniciado el evento, esto incrementa la posibilidad de identificar el sitio preciso y causa de la hemorragia, ofrecer el tratamiento adecuado, sin embargo no reduce el índice de recurrencia de HTDB ni la mortalidad.[2]

Las causas más frecuentes de hematoquezia severa son las de origen diverticular, malformaciones vasculares, hemorragia pospolipectomía, colitis isquémicas y en algunas situaciones provenientes de tubo digestivo alto o medio, algunas causas raras incluyen las de origen maligno, várices ectópicas o rectales, por enfermedad intestinal inflamatoria y enteritis posradiación.

El manejo inicial de estos pacientes depende del estado hemodinámico que presentan, el uso restrictivo de hemotransfusión a sólo pacientes con 7-8 g/dl parece ser de uso razonable. Es frecuente la hemorragia en pacientes que son heparinizados o usan anticoagulantes en forma regular, por lo que se debería de tratar de corregir estos últimos.

En algunas ocasiones es realmente un reto determinar la causa y el sitio exacto de la hemorragia, se puede requerir de estudios de angiografía, eritrocitos marcados para poder determinar el probable sitio de la hemorragia.

Las modalidades terapéuticas son similares a las que se utilizan en el tratamiento convencional de la hemorragia (inyección, térmicas, de contacto y no contacto, ligadura y mecánicas como los hemoclips.

Enfermedad diverticular: Existe la posibilidad de encontrar el divertículo con hemorragia activa o bien la presencia de estigma (vaso visible o coágulo adherido), sin embargo en la mayoría de las ocasiones esto es imposible por el número de los mismos y la cantidad de sangre o coágulos con los que nos encontramos a pesar de la preparación del colon.

El uso de warfarina y el estreñimiento pueden ser considerados como factores de riesgo para la severidad de la hemorragia, la aspirina y los demás anticoagulantes tienen riesgo similar.[3]

¿Todos los pacientes con hemorragia diverticular (HD) deben ser llevados a colonoscopia de urgencia?, Sato et al. presentan un trabajo que trata de buscar factores de riesgo para pacientes con HD y la recurrencia de la hemorragia temprana vista en el 19% del grupo de 247 pacientes que conformaron el grupo de estudio, la edad y la historia previa de HD deberán de ser considerados como factores de riesgo para realizar una colonoscopia de nuevo temprana en un evento de HD.[4]

Se ha reportado recientemente el uso de clips y de los equipos utilizados para la ligadura de várices esofágicas en el tratamiento de la HD como un método seguro.

Nakano et al. reportan que los clips y ligadura de divertículos tienen la misma efectividad en detener la hemorragia activa, sin embargo el uso de ligadura no previene la recurrencia de la hemorragia.[5]

Ikeya et al. reportan los factores de riesgo para recurrencia de la hemorragia posterior a la ligadura del divertículo, encontraron que pacientes jóvenes, hemorragia activa y divertículos del lado derecho son más propensos a la recurrencia.[6]

Otras causas de HTDB

La hemorragia por proctitis posradiación ha sido tratada con radiofrecuencia. Para evitar la hemorragia pospolipectomia habría que tomar las medidas necesarias durante el procedimiento (colocar clips o endoloops) y poder disminuir este riesgo.

Cuerpos extraños

Los cuerpos extraños deben de ser manejados dependiendo del sitio donde se alojan y la vía de inserción. Depende del operador el resultado de la extracción del cuerpo extraño.

Oclusión intestinal

En el manejo de la seudoobstrucción o síndrome de Ogilvie, la descompresión por endoscopia puede ser útil pero se reportan más del 15% de recidiva, por lo que la movilización temprana y el uso de procinéticos parecen ser la mejor manera de evitar en los pacientes este tipo de situaciones.[7]

El manejo del vólvulo de sigmoides puede ser paliado por endoscopia pero el tratamiento definitivo será el quirúrgico.

Finalmente el manejo de la obstrucción secundaria a cáncer y su manejo endoscópico fue tratado en el suplemento anterior de ECOS, la conclusión sigue siendo que, aunque son de utilidad como puente para la cirugía los pacientes que reciben este tipo de manejo tienen menor sobrevida por mayor riesgo de metástasis, sin embargo sigue siendo una opción a considerar en algunos pacientes.[8]

Referencias

1. Commite AsoP, Pasha SF, Shergill A et al. The role of endoscopy in the patient whit Lower GI bleeding. Gastrointest Endosc 2014;79:875-885.
2. Afshar IR, Sadr MS, Barkun AN. The role of Colonoscopy Whitin 24 hours of presentation for Acute Lower Gastrointestinal Bleeding (Algib) – a Systematic Rewiew. [Abstract] Gastrointest Endosc 2015;81;5;(Suppl 1):Su1659.

3. Beppu K, Osada T, Matsumoto K, et al. Predictive Factors for Severe Diverticular Bleeding in Patients Receiving Antithrombotic Therapy.[Abstract] Gastrointest Endosc 2015;81;5;(Suppl 1):Su1663.
4. Sato M, Kato M, Suzuki M, et al. Should All Patients Whith Colonic Diverticular Hemorrhage Undergo Urgent Colonoscopy? [Abstract] Gastrointest Endosc 2015;81;5;(Suppl 1):Su1660.
5. Nakano K, Ishii N, Fujita Y. Long Term Outcomes of Endoscopic Band Ligation Versus Endoscopic Clipping for Treatment of Colonic Diverticular Hemorrhage. [Abstract] Gastrointest Endosc 2015;81:5;(Suppl 1):Su1662.
6. Ikeya T, Ishii N, Fujita Y. Risk Factors for Early Rebleeding After Endoscopic Band Ligation (EBL) for Colonic Diverticular Hemorrhage [Abstract] Gastrointest Endosc 2015;81:5;(Suppl 1):Su1661.
7. The role of endoscopy in the management of patients whit known and suspected colonic obstruction a pseudo-obstruction Guideline ASGE.
8. ASGE Standards of Practice Committee, Harrison ME, Anderson MA, et al. The role of endoscopy in the management of patients with known and suspected colonic obstruction and pseudo-obstruction. Gastrointest Endosc 2010;71;4:669-679.