



ALREDEDOR DEL MUNDO

Endoscopia alrededor del mundo

Endoscopy around the world

Félix Ignacio Téllez Ávila*

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

Los cambios de posición durante la colonoscopia mejora la detección de adenomas

Lee SW, Chang JH, Ji JS, et al. Effect of Dynamic Position Changes on Adenoma Detection During Colonoscope Withdrawal: A Randomized Controlled Multicenter Trial. *Am J Gastroenterol.* 2016;111:63-69.

Los datos sobre los beneficios del cambio de posición durante la colonoscopia para mejorar la detección de adenomas son mixtos. La idea de cambiar de posición es mover porciones del colon, de modo que mantengan el aire en posición y distiendan mejor.

En el actual ensayo aleatorizado, de los 1072 pacientes sometidos a colonoscopia, el ciego, colon ascendente y ángulo hepático se examinaron en la posición de decúbito lateral izquierdo, el colon transverso en la posición supina y el colon izquierdo en la posición de decúbito lateral derecho. En el grupo control, los pacientes permanecieron en la posición de decúbito lateral izquierdo durante todo el procedimiento. Los pacientes fueron sedados con midazolam con o sin la meperidina. Los resultados fueron como sigue:

1. En el grupo con cambio de posición se observó con una mayor tasa de detección de adenomas (TDA) 42 frente al

33% en los controles, un mayor número de adenomas por colonoscopia (0.9 frente al 0,7%), y un mayor número de adenomas en el colon transverso (0.2 frente al 0.1%) y en el colon izquierdo (0.4 frente al 0.3%).

2. Cinco de los 7 endoscopistas expertos tuvieron una tendencia hacia una mayor TDA con el cambio de posición, pero solo uno alcanzó significación estadística.
3. En conjunto, los residentes de gastroenterología tuvieron una TDA significativamente mayor con cambio de posición.
4. El aumento de la TDA fue significativa para los médicos con una TDA basal < 35%.
5. El tiempo de retirada y la calidad de la preparación del intestino fueron similares entre los grupos.

Comentario

Dado el número de pacientes incluidos y el número de centros, los resultados de este trabajo inclinan la balanza hacia que los cambios de posición durante la colonoscopia tienen un beneficio sobre la TDA.

El tratamiento con IBP oral es tan efectivo como el IBP intravenoso para prevenir la recurrencia de sangrado después de tratamiento endoscópico

Jian Z, Li H, Race NS, et al. Is the Era of intravenous proton pump inhibitors coming to an end in patients with bleeding peptic ulcers? meta-analysis of the published literature. *Br J Clin Pharmacol.* 2015 Dec 18. doi: 10.1111/bcp.12866. [Epub ahead of print]

* Autor para correspondencia. Departamento de Endoscopia Gastrointestinal, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán, Vasco de Quiroga 15, Col. Sección XVI, Tlalpan, Ciudad de México, México.

Correo electrónico: felixelleza@gmail.com

El tratamiento inhibidores de la bomba de protones (IBP) a dosis altas por vía intravenosa (iv) disminuye la recurrencia de hemorragia en pacientes con hemorragia gastrointestinal no varicosa (NVGIB) y estigmas de alto riesgo (HRS). Algunos estudios han demostrado un efecto similar con el tratamiento con IBP oral.

Para comparar la eficacia de estos 2 enfoques terapéuticos, los investigadores realizaron una revisión sistemática y metaanálisis de 7 ensayos aleatorios que incluyeron 859 pacientes con NVGIB y HRS, que recibieron tratamiento con IBP por vía oral o iv después de la terapia endoscópica exitosa. El riesgo relativo combinado de recurrencia de sangrado a los 30 días fue similar con la terapia oral o iv (razón de riesgo: 0.90). La mortalidad, duración de la estancia hospitalaria y requerimientos de transfusión fueron igualmente similares con cualquiera de las terapias. No se detectó heterogeneidad en el análisis. Los autores concluyen que el uso de un IBP por vía oral es una alternativa segura y eficaz a altas dosis de terapia intravenosa con IBP en los pacientes con hemorragia no variceal y HRS.

Comentario

Los resultados de este metaanálisis se suman a los resultados de trabajos más pequeños con resultados en la misma dirección. Estos datos nos dicen que 2 opciones muy distintas en costos pueden ser usadas de manera indistinta.

La resección endoscópica es más segura y barata que la cirugía en el tratamiento de los pólipos colorrectales grandes

Keswani RN, Law R, Ciolino JD, et al. Adverse events after surgery for nonmalignant colon polyps are common and associated with increased length of stay and costs. *Gastrointest Endosc.* 2016, pii: S0016-5107(16)00108-5. doi: 10.1016/j.gie.2016.01.048. [Epub ahead of print].

Para la mayoría de los pólipos colorrectales grandes, la resección endoscópica es más segura y mucho menos costosa

que la resección quirúrgica, de acuerdo con las estimaciones de los datos de morbilidad publicados. Ahora, los investigadores han analizado retrospectivamente los datos de seguridad y el costo real de un solo centro. De 2003 a 2013, la resección quirúrgica se realizó en 359 pacientes (73% con hemicolectomía derecha, el 42% técnica abierta). Entre 2011 y 2013, la resección endoscópica se realizó en 198 pacientes, y en 73 se realizó la resección quirúrgica (70% por laparoscopia).

De los pacientes quirúrgicos, el 7% tuvieron eventos adversos (EA) principalmente íleo prolongado (2%), que retrasó el egreso del paciente. El 13% de los pacientes tuvieron reingresos por un EA relacionado con la cirugía dentro de un periodo de un año (2% infección, 2% fístulas). En el seguimiento a un año, 11 pacientes fueron sometidos a reoperación por un EA y 4 pacientes (1%) fallecieron.

En el grupo endoscópico, la tasa de éxito para la resección endoscópica fue del 79%. De los fracasos para resección endoscópica el 6% se debieron a cáncer. Excluyendo el cáncer, la tasa de éxito con la resección endoscópica fue del 84%. Tres EA requirieron cirugía. La tasa de hospitalización después de una resección endoscópica inicial o de seguimiento (a los 6 y 18 meses) fue del 8%. El costo medio de la resección endoscópica (el procedimiento, el seguimiento y el rescate quirúrgico) fue mucho menor que la de la resección quirúrgica primaria: \$ 2.152 frente a \$ 15.264.

Comentario

El principal aporte de este estudio, desde mi punto de vista, es el darnos una idea real de los costos actuales de los diferentes abordajes para estos pacientes. Las ventajas del tratamiento endoscópico sobre el quirúrgico en los otros aspectos (tasa de éxito, complicaciones, rehospitalización, etc.) están muy bien documentados previamente. Un punto importante es que de acuerdo a este estudio, la diferencia de costos no se ve afectada sea cual sea la técnica quirúrgica (abierto vs laparoscópica). Este estudio, con la consideración de los costos, es de especial relevancia para los cirujanos que hacen endoscopia y representan para sí mismos, su principal fuente de referencia para resecciones quirúrgicas de lesiones premalignas.