



# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

[www.elsevier.es/rgmx](http://www.elsevier.es/rgmx)



LO MEJOR DE ...

## Lo mejor de la DDW 2016

J. R. Nogueira de Rojas

*Universidad Quetzalcóatl de Irapuato*

Recibido el 8 de junio de 2016; aceptado el 23 de junio de 2016

En la DDW de este año, se realizaron 1,287 presentaciones orales por 1,097 ponentes, en 357 sesiones. Muchas de las sesiones fueron simultáneas. Estas cifras no incluyen los cursos ni las sesiones que requerían un boleto para entrar. Además, se exhibieron más de 4,000 carteles, los que, con una gran condición física y dedicándoles muchas horas, se podían leer varios cientos de ellos. Por otro lado, ¿quién puede decir que es mejor? La AGA seleccionó unos cuantos trabajos y temas, y los presentó en la Plenaria del Presidente y en las sesiones plenarias para los trabajos libres distinguidos de ciencia básica y clínica. Por último, los temas importantes merecieron sesiones exclusivas, en algunos, más de una. Por ejemplo, la limpieza de los endoscopios, el microbioma, la obesidad, la dieta, las complicaciones del uso prolongado de inhibidores de la bomba de protones (IBP) y la presentación de Roma IV. Ofrezco una muestra de los que me parecieron importantes para México.

### Plenaria del presidente

La Dra. Sarah Streett hizo un resumen de la iniciativa de la AGA para definir el papel del gastroenterólogo en el manejo de la obesidad y lo justificó con cuatro razones: (a) El metabolismo de los alimentos y la nutrición es parte integral de

la Gastroenterología; (b) los gastroenterólogos somos internistas, especialistas en las enfermedades del aparato digestivo y endoscopistas; (c) la terapia endoscópica es un campo que avanza en el tratamiento de la obesidad y nosotros somos expertos en endoscopia; y (d) lo más importante es que los pacientes necesitan nuestra colaboración para tratar su obesidad. Además, la mayoría de las enfermedades que tratamos se relacionan con la obesidad. Las complicaciones gastroenterológicas de la obesidad aparecen antes que otras. A pesar de la frecuencia aumentada en los obesos de condiciones premalignas y cáncer (p. ej., el esófago de Barrett y el cáncer del colon), un porcentaje menor de estos pacientes es estudiado para buscar las enfermedades mencionadas. La obesidad es un factor de riesgo modificable para varias enfermedades y cánceres del aparato digestivo, porque está demostrado que el tratamiento de la obesidad disminuye la morbimortalidad de sus complicaciones. Explicó que la fisiopatología de la obesidad es más complicada de lo que pensábamos hasta hace poco, empezando por el estigma que sufre el paciente por la opinión de muchos (incluyendo médicos) de que la enfermedad es autoinflingida y, por lo tanto, un defecto de carácter. Desde hace décadas les explicamos a los pacientes que el problema es de ingresos y egresos, que ocasionan un desbalance energético que

provoca acumulación de grasa. Los avances recientes en el conocimiento de la genética, la fisiología neurogástrica y el papel del microbioma, pintan un cuadro mucho más matizado. No todos regulamos nuestros ingresos alimentarios, metabolismo y gastos energéticos de la misma manera. La AGA, junto con otras sociedades interesadas en la obesidad, desarrolló una guía para el tratamiento de la obesidad y el control del peso. Los detalles se pueden consultar en la presentación.<sup>1</sup>

De entre los varios trabajos aceptados sobre tratamiento endoscópico de la obesidad, se presentó en esta plenaria uno proveniente de la República Checa, en el que se informa del uso de un dispositivo conocido con el nombre comercial de Endobarrier®. Consiste en un tubo de plástico que se ancla en el píloro y se lleva hasta el yeyuno, con lo que impide la absorción del alimento, buscando imitar los efectos de la operación de libramiento gástrico (by-pass). En un estudio prospectivo, comparativo y multicéntrico, a 45 pacientes se les instaló el dispositivo y 25 sirvieron como controles. Los dos grupos eran comparables en edad, masa corporal y presencia de diabetes. Ambos grupos recibieron atención de un nutriólogo, un gastroenterólogo, un psicólogo y un diabetólogo. Al final de un periodo de observación de 10 meses, los pacientes tratados con Endobarrier tuvieron mayor pérdida de peso, mejor calidad de vida y normalización de la glucemia que los controles. Se retiraron seis de los dispositivos por complicaciones. Concluyen que la Endobarrier es fácil de instalar y tiene buenos resultados y relación costo-beneficio, por lo que debe considerarse entre las opciones de tratamiento primario de la obesidad.<sup>2</sup>

El Dr. Murthy, de Ontario, Canadá, presentó un estudio retrospectivo poblacional de más de un millón de habitantes de la provincia de Ontario, con 50 a 75 años de edad. El objetivo era saber si había menos casos de cáncer colorrectal (CCR) 3 a 5 años después de un estudio de colonoscopia normal (PCCCR), que se informa son el 2-9% de todos los CCR. Conforme pasa el tiempo, se realizan más estudios y se tiene más experiencia. Dividieron el grupo en tres cohortes de acuerdo con la fecha de la colonoscopia: 1996-2001: 149,276 pacientes; 2001-2006: 346,721 y 2006-2010: 583,708. En todos los individuos estudiados se pudo asegurar si había aparecido un CCR entre 6 y 36 meses después de la colonoscopia. Encontraron que la incidencia del PCCCR bajó notablemente entre la primera y la última cohorte, con un SIR (similar a riesgo relativo) de 0.49 (IC 95%, 0.35-0.62). No hubo diferencia entre tumores de colon derecho y del izquierdo.<sup>3</sup>

### Plenaria de trabajos libres de práctica clínica distinguidos

La Dra. Eswaran presentó los resultados del primer estudio prospectivo, controlado, hecho en Estados Unidos, de la utilidad de la dieta baja en FODMAP (de fermentable oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides and polyols) en pacientes con síndrome del intestino irritable (SII). Utilizaron los criterios de Roma III para diagnosticar pacientes con SII y predominio de diarrea (SII-D); los sometieron, al azar, a una dieta tradicional para SII, aunque no se le quitaron FODMAP como lactosa, obtenida de una guía (NICE) o a una dieta libre de FODMAP, durante 4 semanas. Se enrolaron 171 pacientes, 71% mujeres, edad promedio 42 años (19-75

años). Completaron el estudio 83 pacientes: 45 en dieta baja en FODMAP y 38 controles. El alivio adecuado (asintomáticos) se informó en cerca del 50% con ambas dietas; otras variables, como un índice compuesto de mejoría sintomática, el alivio del dolor abdominal y la mejoría en la consistencia de las heces, mostraron mejoría significativa con la dieta baja en FODMAP.<sup>4</sup> Llama la atención el alto índice de deserciones.

La Dra. Abraham presentó los resultados de una comparación directa entre los nuevos anticoagulantes, que cada día se usan más. Hay varios estudios controlados que demuestran que éstos presentan riesgo de causar hemorragia del tubo digestivo. Con datos de una base nacional, compararon la aparición de hemorragia del tubo digestivo en 6,576 pacientes tratados con apixabán, 17,426 con dabigatrán y 19,301 con rivaroxabán. Los grupos fueron comparables en las características generales. Los tres productos ofrecieron protección comparable contra consecuencias de la coagulación. Apixabán causó un 35% menos frecuencia de hemorragia que dabigatrán y tuvo un RR 2.2 menor que rivaroxabán, que, a su vez, fue un 28% más efectivo que dabigatrán. El menos dañino en pacientes mayores de 75 años fue apixabán.<sup>5</sup>

### Conferencias del Instituto AGA-Fundación Roma: Roma IV. Novedades y su razón de ser

Douglass Drossman, Presidente de la Fundación Roma, expuso las generalidades, los cambios y los nuevos conceptos educativos en Roma IV. Hay un miembro del Consejo Directivo de la fundación que trabaja en México: el Dr. Max Schmulson. Ahora el libro Roma IV es tan grande que requirió dos tomos. Hay nuevos capítulos: Microambiente, sociedad, sistema nervioso central, historia de las enfermedades por disfunción y de la Fundación Roma; y nuevos diagnósticos: Síndrome de hipersensibilidad al reflujo gastroesofágico, síndrome de hiperemesis por exceso de marihuana, estreñimiento inducido por opiáceos y síndrome intestinal por narcóticos. Eliminaron el término “funcional” de varios diagnósticos. Por ejemplo: Síndrome de dolor abdominal funcional ahora es síndrome de dolor abdominal con mediación central. El síndrome de incontinencia fecal funcional se llama ahora incontinencia fecal. Alteraciones (“disorders”) funcionales gastrointestinales cambia su denominación a alteraciones de la interacción intestino-cerebro. Cambian los umbrales y los criterios diagnósticos. Se acepta (¡por fin!) que estas enfermedades son cambiantes (“espectro”); los subtipos del SII se basan en el aspecto de las heces; se eliminan los síndromes de disfunción del Oddi tipos I y III; una sola entidad engloba el síndrome de náuseas/vómitos crónicos; se publican algoritmos (2ª ed.). Asimismo, se publica un perfil clínico multidimensional y se ofrece una herramienta interactiva para la toma de decisiones: “Rome-LogicNets Collaboration”. Se presentan cuestionarios tanto para el diagnóstico como para la investigación clínica, y se publican por separado los trastornos pediátricos, un libro adaptado para médicos generales y no gastroenterólogos. Se patrocinan profesores y conferencistas visitantes. Se organiza una iniciativa global. Se inicia un estudio epidemiológico mundial (incluyendo a México). Son 20 compañías farmacéuticas las que patrocinan la Fundación.<sup>6</sup>

## Financiamiento

El autor no recibió financiamiento para elaborar este trabajo.

## Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

## Referencias

1. Streett S. AGA presidential plenary. The AGA initiative, defining the role of gastroenterology in obesity management: (POWER). DDW 2016. Presentación disponible en: [www.ddw.org/demand](http://www.ddw.org/demand) (consultada el 1 de junio de 2016).
2. Benes M, Spicak J, Drastich P, et al. Final results of multi-center, prospective, controlled trial of the duodeno-jejunal bypass liner for the treatment of type 2 diabetes mellitus in obese patients: Efficacy and factors predicting a suboptimal effect. [abstract]. *Gastroenterology* 2016;150;(4 suppl 1):S120.
3. Murthy SK, Ducharme R, Rostom A, et al. Post-colonoscopy colorectal cancer rates have decreased over time in average-risk patients aged 50 to 74: A population-based study from Ontario, Canada. [Abstract]. *Gastroenterology* 2016;150(4 suppl 1):S120.
4. Eswaran SL, Chey WD, Han-Markey T, et al. A United States, randomized, controlled trial comparing the low FODMAP diet vs. modified NICE guidelines in adults with IBS-D: Primary and key secondary endpoints. [Abstract]. *Gastroenterology* 2016;150(4 suppl 1): S-160.
5. Abraham NS, Yao X, Sangaralingham L, et al. Gastrointestinal safety of direct oral anticoagulants. A head-to-head study. [Abstract]. *Gastroenterology* 2016;150(4 suppl 1):S171-S172.
6. Drossman D. AGA Institute - Rome Foundation Lectureship: The launching of Rome IV: What's new and why. DDW 2016. Presentación disponible en: [www.ddw.org/attendees/maximize-your-experience/ddw-on-demand](http://www.ddw.org/attendees/maximize-your-experience/ddw-on-demand) (DDW on demand) (consultada el 1 de junio de 2016).