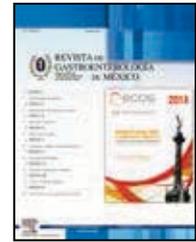


REVISTA DE
GASTROENTEROLOGÍA
DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



LO MEJOR DE LOS CONGRESOS INTERNACIONALES

ECOS de la semana europea de enfermedades digestivas

F. Bosques-Padilla, A. Mendoza-García

Hospital Universitario "Dr. José E. González". Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey

Recibido el 3 de junio de 2014; aceptado el 23 de junio de 2014

Me corresponde discutir este año una selección de trabajos presentados en la semana de enfermedades digestivas realizada el mes de octubre en la ciudad de Berlín. Les muestro una colección de trabajos que abarcan desde padecimientos esofágicos por reflujo, enteropatía por sensibilidad al gluten, pancreatitis aguda, cirrosis, tratamientos de la hepatitis C y aspectos de la enfermedad inflamatoria intestinal.

En la enfermedad por reflujo gastroesofágico el tratamiento médico falla en corregir el reflujo no ácido o los episodios nocturnos hasta en 38% de los pacientes. Un grupo de investigadores mostró los resultados de una cohorte de pacientes con reflujo seguidos por 2 años tras la implantación quirúrgica en el cardias de un novedoso estimulador eléctrico. Se reportan los resultados de 21 pacientes, comparando sus valores basales antes de la intervención con inhibidores de la bomba de protones (IBP) y posterior a la cirugía, mejorando el puntaje de calidad de vida de 9 vs. 0 ($p < 0.001$) con la ingesta de IBP y sin ellos de 23.5 vs. 0, ($p < 0.001$), el valor de exposición distal al ácido en 24 horas de 10.1 vs. 4.7 ($p < 0.001$). No reportan eventos adversos. Los autores concluyen que es una alternativa segura y efectiva, aseveración bastante prematura considerando el tamaño de la muestra¹. El trigo se ha convertido en una amenaza de acuerdo a la opinión pública. El término de sensibilidad al gluten no celiaco (SGNC) se utiliza para describir los síntomas inducidos por la ingesta de gluten sin cumplir criterios de enfermedad celiaca (EC). Investigadores presentaron los resultados de una encuesta acerca de sensibilidad al gluten, documentando la presencia de EC mediante

serología positiva (anticuerpos anti-endomisio y transglutaminasa) así como biopsias duodenales con un puntaje de Marsh 1-3. El diagnóstico de SGNC se basó en la exclusión de EC. Incluyeron 1002 adultos (55% mujeres) reportando sensibilidad al gluten en el 13% (siendo mujeres el 79% [$p < 0.0001$]), de los cuales 20% cumplen criterios de síndrome de intestino irritable (SII) de acuerdo a Roma III vs. 3.89% los no sensibles (OR 6.23, $p < 0.0001$). En una sub-cohorte de 160 pacientes con sensibilidad al gluten (84% mujeres), 10% tenían EC y 90% SGNC. Todos los pacientes con EC fueron HLA DQ2 o DQ8 positivo comparados con el 46% de los casos de SGNC ($p < 0.0001$). Además demuestran factores asociados con la EC vs. SGNC como la deficiencia nutricional ($p < 0.011$), enfermedades autoinmunes (22.3% vs. 10.6%, $p = 0.003$) y un menor índice de masa corporal (IMC) (23.7 vs. 25.5, $p = 0.005$). Se concluye que la SGNC auto reportada se relaciona más con el SII y es distinta clínica e inmunológicamente de la verdadera EC². Otro trabajo multicéntrico se realizó para contestar si la alimentación nasoenteral temprana (24 h) puede reducir las complicaciones en pancreatitis grave. Incluyen 208 adultos en quienes se predijo pancreatitis grave. Mediante asignación al azar un grupo recibe alimentación nasoenteral temprana ($n = 102$), o ayuno por 72 horas, seguido de una dieta oral y alimentación nasoenteral a demanda cuando la ingesta era insuficiente ($n = 106$). Sus puntos de interés fueron la mortalidad y la presencia de infección. Los eventos de interés ocurrieron en el 30% del grupo de alimentación temprana vs. 27% en el grupo a demanda ($p = 0.76$). La muerte ocurrió en el 11% del

Autor de correspondencia: Av. Madero y Gonzalitos s/n Colonia Mitras. Monterrey N.L. Monterrey N.L. C.P. 64700. Edificio Dr. Rodrigo F. Barragán 2o. piso. Teléfono: +(01) 81 8333 3664; fax: +(01) 81 8348 6068. Correo electrónico: fbosques58@hotmail.com (F. Bosques-Padilla)

primer grupo comparado con el 7% del grupo a demanda ($p = 0.33$), logrando demostrar que la alimentación temprana no impacta en el desenlace de un paciente con pancreatitis grave³. El tratamiento de la hepatitis C es un tema de actualidad. Varios estudios clínicos prometen tasas de curación hasta hace poco impensables. Un grupo multicéntrico muestra la efectividad de un esquema compuesto por inhibidor de proteasa (ABT-450) más inhibidor de la NS5A (ABT-267) e inhibidor de la polimerasa del virus C (ABT-333) combinados con ribavirina durante 12 y 24 semanas en pacientes vírgenes a tratamiento y en no respondedores. Incluyeron a 247 pacientes (159 vírgenes a tratamiento y 88 no respondedores). La respuesta viral sostenida a las 12 semanas fue de 98.7% y 93.3% (vírgenes) y 92.5% y 97.7% (no respondedores). Una respuesta viral sostenida > 90% se logró independientemente de las variables de mal pronóstico. Habrá que definir si esto es asequible en un país como el nuestro⁴. El pronóstico de un paciente con hepatopatía crónica se basa en la presencia y el grado de fibrosis o cirrosis. Se realizó un meta-análisis sobre una herramienta basada en el ultrasonido hepático ARFI (*Acoustic Radiation Force Impulse*), que mide la elasticidad hepática. Se revisaron trabajos publicados de 2007 a 2012 que utilizaron la biopsia hepática como referencia. Se definió el rendimiento diagnóstico y grado de heterogeneidad. Incluyeron 37 estudios (3983 pacientes). La precisión diagnóstica fue de 0.84 para detectar una fibrosis significativa ($F > 2$), de 0.89 para fibrosis grave ($F > 3$) y 0.92 para cirrosis ($F = 4$). Se documenta heterogeneidad en su utilidad por la etiología y el IMC, con disminución en su rendimiento ($p = 0.0062$). Se concluye que ARFI tiene una buena precisión diagnóstica para fibrosis significativa⁵. El rol de la microbiota intestinal en el riesgo de pouchitis en colitis ulcerativa (CU) fue explorado prospectivamente. Se tomaron muestras fecales registrándose la expresión clínica y endoscópica en los meses 1, 3, 6 y 12 después de la cirugía. Se analizó la flora dominante y se correlacionó con la presencia de pouchitis. Se identificó un aumento de los géneros de *Rumminococcus gnavus* ($p < 0.017$), *Bacteroides vulgatus* ($p < 0.027$) y *Clostridium perfringens* ($p < 0.012$) previo a la colectomía en quienes desarrollaron la pouchitis. El riesgo acumulado al año aumentó en los pacientes con *R. gnavus*, *B. vulgates*, *C. perfringens* antes de la colectomía (75%, 67% y 100% respectivamente) y su ausencia se asoció con una menor tasa de pouchitis (0%, 40% y 38% respectivamente; $p < 0.011$, $p < 0.086$, $p < 0.003$). La combinación de 2 o más de estas especies aumentó el riesgo al 100%. Estos resultados arrojan luz acerca de la etiología de la pouchitis⁶. Definir al momento del diagnóstico la evolución potencial de la CU puede modificar el tratamiento. Se estudió una cohorte pediátrica de 159 pacientes con 2 años de evolución y un seguimiento a 11.5 años, registrándose uso de inmunomoduladores y drogas antiTNF- α así como necesidad de cirugía. Al diagnóstico 25% tenían proctitis (E1), 38% colitis del lado izquierdo (E2) y 37% colitis extensa (E3). En el seguimiento ocurrió extensión en el 50% de los pacientes, con un riesgo acumulado de extensión de 11% a 1 año, 48% a 5 años, 54% a 10 años y 57% a 15 años. La probabilidad de recibir inmunomoduladores y drogas antiTNF- α fue respectivamente de 20% y 0.5% a 2 años, 28% y 4% a 5 años, 32% y 7% a 10 años y 35% y 13% a 15 años. La tasa acumulada de colectomía fue de 6% a 1 año, 20% a 5 años, 21% a 10 años y 24% a 15 años. Se puede apreciar que

la progresión y la tasa de colectomía ocurre en los 6 años posteriores al diagnóstico, enfatizando que la intervención temprana quizá modifique el curso natural en jóvenes⁷. En relación al tratamiento de la CU, se recomienda que en la dependencia a esteroides y falla a las tiopurinas, se use terapia antiTNF α . Para ello se buscó identificar factores predictores de respuesta sostenida y necesidad de colectomía. Se integró una cohorte de 126 pacientes con CU dependiente de esteroides seguidos por 32 meses, tratados con infliximab y algunos en forma concurrente con tiopurinas. La tasa de respuesta clínica fue de 77% (97/126) y en el 47% (46/97) fue sostenida. La terapia combinada ($p < 0.0001$) fue un factor predictor de respuesta clínica. La tasa de colectomía fue del 23% (29/126). Un puntaje basal endoscópico de Mayo elevado ($p = 0.03$) y PCR elevado después de la inducción ($p = 0.001$) fueron predictores independientes de colectomía. Se corrobora que el infliximab es efectivo y seguro en la CU esteroide dependiente, aumentado su eficacia asociado a tiopurinas, correlacionando la tasa de colectomía con los reactantes de fase aguda y gravedad de las lesiones⁸. Un grupo de investigadores exploró si optimizar los niveles de biológicos reditúa en una mayor eficacia, seguridad y relación costo-beneficio. Se integra una cohorte de 251 pacientes en fase de mantenimiento y se asignan de manera aleatoria 123 pacientes (82 Crohn/41 CU) a la decisión en base a la clínica (BC) y 128 pacientes (91 Crohn/37 CU) a la decisión basada en niveles séricos (BNS). La medición clave fue la tasa de remisión clínica (Harvey-Bradshaw/puntaje de Mayo parcial) y biológica (PCR < 5 mg/l) un año después de la aleatorización. La remisión se logró en el 69% del grupo BC vs. 72% del grupo BNS ($p = 0.7$). Se muestra que el 56% del grupo BC vs. 78% del BNS tuvo niveles séricos apropiados de entre 3-7 mg/mL ($p < 0.001$) y los niveles indetectables fueron más frecuentes en el grupo BC que en el BNS (RR 3.7; IC 95% 1.7-8.0; $p < 0.001$). Los autores concluyen que no hay un beneficio clínico tangible para guiar las decisiones clínicas usando esta metodología⁹.

Financiamiento

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este trabajo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. L. Rodriguez, P. Rodriguez, B. Gomez, et al. Electrical stimulation therapy (EST) of the lower esophageal sphincter (LES) is successful in treating GERD - long-term two year results. *United European Gastroenterology Journal* 2013;1:(suppl A111). OP374.
2. Aziz N, Lewis R, Hadjivassiliou M, et al. The population prevalence of self-reported gluten sensitivity and referral characteristics to secondary care. *United European Gastroenterology Journal* 2013;1(suppl A22). OP072.
3. Bakker OJ, Dutch Pancreatitis Study Group. Early versus on-demand nasoenteral feeding in severe pancreatitis: a multicenter randomised controlled trial. *United European Gastroenterology Journal* 2013;1:(suppl A1): OP002.

4. Rodriguez-Torres M, Nunes F, Cohen F, et al. Sustained virologic response 12 weeks post-treatment with interferon-free regimens of ABT-450/R, ABT-267, ABT-333, and ribavirin in chronic HCV genotype 1 difficult-to-treat patient subgroups. *United European Gastroenterology Journal* 2013;1:(suppl A1): OP003.
5. Friedrich-Rust M, Nierhoff J, Chavez Ortis A, et al. Meta-analysis of acoustic radiation force impulse imaging for the staging of liver fibrosis. *United European Gastroenterology Journal* 2013;1:(suppl A66). OP221.
6. Machiels K, Vandermosten L, Joossens M, et al. *Ruminococcus gnavus*, *Bacteriodes vulgates* and *Clostridium perfringens* predict pouchitis following colectomy and IPAA in ulcerative colitis. *United European Gastroenterology Journal* 2013;1:(suppl A56). OP185.
7. Gower-Rousseau C, Salleron J, Turck D, et al. Long-term outcome of paediatric-onset ulcerative colitis: early years are shaping the future. *United European Gastroenterology Journal* 2013;1:(suppl A3). OP010.
8. Armuzzi, Pugliese D, Danese S, et al. Long-term combination therapy with infliximab and azathioprine predicts sustained steroid-free clinical benefit in steroid-dependent ulcerative colitis. *United European Gastroenterology Journal* 2013;1:(suppl A34). OP115.
9. Vande Casteele N, Gils A, Ballet V, et al. Randomised controlled trial of drug level versus clinically based dosing of infliximab maintenance therapy in IBD: final results of the Taxit study. *United European Gastroenterology Journal* October 2013;1:(suppl A1). OP001.