



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



LO MEJOR DE ...

De lo mejor de la NASPGHAN 2015 y ESPGHAN 2016

R. Vázquez-Frías

Hospital Infantil de México Federico Gómez

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

ESPGHAN

La alimentación infantil se asocia con patrones de crecimiento en la infancia y la composición corporal en la edad adulta. La evidencia previa ha demostrado que la alimentación infantil temprana está asociada con la programación del crecimiento en la niñez y en la vida adulta. Sin embargo, los efectos en el patrón de crecimiento y la composición corporal posterior no han sido suficientemente investigados. Como resultado de un estudio en el que se agruparon y armonizaron los datos obtenidos de antropometría y composición corporal de cuatro cohortes internacionales, una australiana y tres europeas, que colaboran con el proyecto de nutrición temprana, se corroboró que una lactancia materna de corta duración (menor de 3 meses), comparada con una de más de 3 meses, incrementa el riesgo de obesidad infantil y tiene efectos duraderos en la composición corporal del adulto. De tal forma, existe una asociación entre la alimentación en los primeros meses de vida y los patrones de crecimiento, y potencialmente un riesgo para el desarrollo de la obesidad en el adulto.¹

En otro estudio, se evaluó la influencia de la lactancia materna en los resultados de una intervención de un año, que consistió en cambios de estilo de vida en niños con sobrepeso

y obesos. Se concluyó que los niños con sobrepeso y obesidad que fueron amamantados muestran las concentraciones de colesterol HDL más altas al inicio del estudio en comparación con los niños que no fueron amamantados y que la lactancia materna se asoció positivamente con una disminución en la puntuación Z del índice de masa corporal (IMC), después de 1 año de la intervención del estilo de vida.²

En otro estudio, cuyo objetivo fue analizar el crecimiento de los bebés nacidos de mujeres obesas durante los primeros 24 meses de edad, de acuerdo con el tipo de alimentación infantil en los primeros meses de vida. El estudio se realizó en 175 parejas madre-hijo que participan en el estudio PREOBE. El grupo de estudio se evaluó a las edades de vida de 3, 6, 12, 18 y 24 meses. De acuerdo con el tipo de alimentación infantil a los 3 meses de edad, se clasificaron en uno de tres grupos: Lactancia materna exclusiva, alimentación con fórmula infantil y alimentación mixta. Encontraron que a los 6 meses de edad, los niños alimentados con leche materna nacidos de mujeres obesas, en comparación con niños alimentados con leche materna nacidos de mujeres con IMC normal, mostraron menores puntuaciones Z de peso para la longitud (-1.38 ± 0.79 vs. -0.04 ± 0.78 ; $p = 0.01$), así como IMC (-1.49 ± 0.78 vs. -0.14 ± 0.78 ; $p = 0.01$). Del mismo modo, la puntuación Z para la circunferencia de la mitad

Correspondencia de Autor: Dr. Márquez No. 162, Col. Doctores, Cuauhtémoc, Ciudad de México. C. P. 06720. Teléfono: (55) 5228-9917, ext. 2139. Correo electrónico: rofaf@yahoo.com. (R. Vázquez Frías)

superior del brazo en los lactantes alimentados con leche materna nacidos de mujeres obesas fue menor (-0.85 ± 0.74) que la de los niños amamantados nacidos de mujeres normales (0.62 ± 0.82 ; $p = 0.00$). Finalmente, los lactantes nacidos de mujeres obesas alimentados con fórmula infantil mostraron una puntuación Z similar para el IMC (-0.59 ± 0.74) que la de los niños amamantados nacidos de mujeres normales (-0.14 ± 0.78 ; $p > 0.05$). Estas diferencias no se mantuvieron a los 24 meses de edad. Por lo tanto, se concluye que los niños nacidos de mujeres obesas alimentados con fórmula infantil y los niños alimentados con leche materna nacidos de mujeres con IMC normal, muestran un IMC similar a los 6 meses de edad, aunque esta diferencia es de corta duración. Se requieren más estudios para investigar el crecimiento de los niños nacidos de madres obesas con base en el tipo de alimentación recibida.³

NASPGHAN

La aspiración y el reflujo gastroesofágico se presentan con síntomas idénticos en los niños pequeños. Como resultado, los síntomas como náuseas, ahogo, tos y atragantamiento, a menudo son tratados con medicamentos para la enfermedad por reflujo gastroesofágico, ninguno de los cuales, evidentemente, sirve para tratar la disfagia orofaríngea y posterior aspiración. La presentación más extrema de estos síntomas es el evento de aparente amenaza a la vida (ALTE, de apparent life-threatening events). No hay estudios previos que hayan evaluado el papel de la aspiración en la presencia de ALTE. El objetivo del estudio fue investigar la frecuencia con la que se realizaba la evaluación para aspiración en los pacientes ingresados por diagnóstico de ALTE, determinar la incidencia de aspiración en estas evaluaciones, así como determinar si los pacientes que son tratados adecuadamente para la aspiración redujeron las readmisiones. Se trató de un estudio retrolectivo donde se revisaron los expedientes de todos los pacientes ingresados con diagnóstico de ALTE en el Hospital Infantil de Boston desde 2012 hasta 2015. Se encontró que, del total de 188 pacientes que se presentaron con ALTE, el 29% ($n = 55$) tenían un estudio de deglución por videofluoroscopia (VFSS, de videofluoroscopic swallow studies) y el 72% ($n = 40$) de estos pacientes tenían evidencia de aspiración o penetración en el VFSS. La disfunción orofaríngea con aspiración resultante fue la prueba más comúnmente anormal en los lactantes que presentaban ALTE. En comparación con los pacientes sin aspiración, los pacientes con evidencia de aspiración tenían tasas más altas de ingresos posteriores (0.5 ± 0.8 frente a 0.4 ± 0.6) y más días

de estancia hospitalaria (2 ± 4 frente a 1 ± 2). Ambos grupos tenían tasas más altas de admisiones y noches de admisión que los pacientes que no se sometieron a estudios de VFSS (0.2 ± 0.5 y 0.4 ± 1.0 respectivamente, $p < 0.003$). En los pacientes que tenían tanto una evaluación clínica como la VFSS, la evaluación clínica sola de alteración en la deglución y aspiración identificó incorrectamente un 26% de los pacientes que sí mostraron tener disfagia orofaríngea/aspiración con la VFSS. Curiosamente, aunque sólo al 3% ($n = 5$) de los pacientes se les habían realizado pruebas para identificar ERGE, el 19% ($n = 35$) de todos los pacientes estudiados fueron dados de alta con el diagnóstico de ERGE y 38% ($n = 71$) fueron enviados a casa con medicamentos antirreflujo.⁴ Derivado de este estudio, se puede concluir que la aspiración es una causa común, poco diagnosticada de ALTE, y que el algoritmo de atención de ALTE debería ser revisado para incluir una evaluación de VFSS como parte de las evaluaciones, ya que la pura evaluación clínica del mecanismo de la deglución es insuficiente para evaluar la aspiración.

Financiamiento

Obtuve apoyo por parte de Nestlé® para acudir a ambos eventos.

Conflicto de intereses

He obtenido apoyo por parte de Nestlé® para asistencia a congresos y recibido honorarios por conferencias.

Referencias

1. Oddy W, Rzehak P, Mearin L, et al. Infant feeding is associated with growth trajectory patterns in childhood and body composition in adulthood. [Abstract]. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2016;62(suppl 1):674.
2. Dorenbos E, Rijks J, Vreugdenhil. Duration of breastfeeding is an independent contributor to BMI Z-score decrease after 12 months of lifestyle intervention in overweight and obese children. [Abstract]. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2016;62(suppl 1):689.
3. Ladino L, García-Valdés L, Segura MT, et al. Growth of infants born to obese women: PREOBE project. [Abstract]. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2016;62(suppl 1):719.
4. Duncan D, Amirault J, Mitchell P, et al. Aspiration rather than gastroesophageal reflux causes apparent life-threatening events. [Abstract]. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2015;61(suppl 2):S48.



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

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.¹

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.²

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.³

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.⁴ 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.⁵

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.⁶

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 (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 (DDW on demand) (consultada el 1 de junio de 2016).



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



LO MEJOR DE ...

Lo mejor de la semana europea de gastroenterología

M. A. Ballesteros-Amozurrutia

Coordinador, Servicio de Gastroenterología, Hospital Ángeles del Pedregal

Recibido el 9 de junio de 2016; aceptado el 4 de julio de 2016

Ozanimod es un nuevo inmunomodulador oral para tratamiento (Rx) de la colitis ulcerosa crónica inespecífica (CUCI). En un estudio aleatorizado y doblemente cegado de mantenimiento en 197 pacientes con CUCI moderada a grave, se evalúan el uso de 0.5 y 1 mg de ozanimod vs. placebo (pbo.) durante 32 semanas. Se indujo la remisión en el 21, 26 y 6% con 0.5/1 mg/pbo., y respuesta clínica en el 35, 51 y 20%, respectivamente, con significancia estadística en ambas condiciones. Se logró la mejoría endoscópica en el 33, 33 y 12%, y mejoría en el índice de Mayo de 2.5, 3.4 y 1.9. Como efectos adversos, tuvieron infecciones urinarias y empeoramiento de CUCI en el 17, 26 y 17%. La ganancia terapéutica, clínica y endoscópica fue de alrededor del 20%.¹

Se llevaron a cabo dos estudios de la enfermedad de Crohn (CD) tratada con cirugía (Qx). El primero es uno retrospectivo de 516 pacientes divididos en tres grupos: (A) Qx en menos de 6 meses de iniciada la CD, (B) Qx inicial e inmunoterapia posterior y (C) inmunotratamiento. Se evaluaron por reintervención, cirugía o más de dos hospitalizaciones. El grupo A tuvo menos incapacidad (18%) vs. los grupos B (78%) y C (69%), particularmente los mayores de 40 años (RM 4.2). Los pacientes del grupo C fueron < ReQx (RM 0.35) vs. los grupos A (1.2) y B (1.45). La inmunoterapia postcirugía fue la mejor estrategia para evitar cirugías.²

REMIND es un estudio multicéntrico prospectivo que evaluó los factores predictivos de recurrencia en 235 adultos, con edad promedio de 29 años, con 6 años de duración. La mitad de los pacientes fueron hombres, el 30% fumadores, el 18% tenían Qx previa y el 22% enfermedad perineal. Las indicaciones de terapia fueron: Estenosis (n = 148), enfermedad transmural (n = 91), falla a tratamiento médico (n = 29), y Qx previa (n = 42). De éstos, 149 habían recibido anti-TNF y el 65% tiopurinas. Después de la Qx, 25 recibieron tiopurinas y 48 anti-TNF, y seis pacientes ambos. Se realizó una endoscopia de control en 6 meses a 152 pacientes y 70 tuvieron recurrencia (46%). Los factores de riesgo fueron: Hombres (RM 3.2), falla previa del tratamiento médico (RM 12), artritis (RM 4.3) y tabaquismo (RM 3.2). Resultaron protectores anti-TNF (RM 0.41) y estenosis (RM 0.41). El 33% de los pacientes no tuvieron recurrencia.³

Otro estudio multicéntrico evaluó adalimumab (ADA) 160, 80, 40 mg vs. azatioprina (AZA) (2.5 mg/kg) durante un año posresección en 84 pacientes con CD en 22 hospitales españoles. Se realizó una evaluación al año con ileocolonoscopia y resonancia magnética (RM). La edad promedio fue de 39 años, duración de la CD de 7.7 años y el 23.8% eran fumadores. Suspendieron prematuramente el tratamiento el 9% ADA y el 31% de AZA. El tratamiento falló en el 42% (ADA) vs. el

59% (AZA). Hubo una recurrencia endoscópica en el 30 y el 33%.⁴

En pacientes celíacos, la determinación en orina de péptidos inmunogénicos derivados del gluten (glip) con anticuerpos monoclonales a gluten detecta 50 mg, 4 h post ingestión de gluten y permanece por más de 2 días. Se estudiaron 76 sujetos sanos y 58 celíacos. En algunos celíacos se detectó ingestión de cantidades contaminantes de su dieta y nada en 27 pacientes con integridad intestinal. En pacientes celíacos se demostró una correlación cuantitativa entre niveles de glip y grado de atrofia de las vellosidades. Sin glip, las vellosidades estuvieron íntegras y sin infiltración linfocitaria.⁵

Se describieron cinco pacientes con disfagia sin eosinofilia en biopsias. Se estudiaron a 46 miembros de sus cuatro familias con inmunohistoquímica en biopsias y documentaron inflamación de linfocitos Th2, característica de EEO y genomas con alelos TSLP rs3806932 de alto riesgo para EEO. Más aún, el 40% de sus hijos tenían estos factores de riesgo para EEO. Esto es un síndrome fenotípico de EEO sin eosinofilia en el esófago. El diagnóstico de estos pacientes pudiera ser confundido con algún síndrome esofágico disfuncional idiopático.⁶

El programa británico de detección oportuna de cáncer de colon (CRC) (NHSBCSP) ofrece colonoscopia (colonHD) a personas mayores de 60 años con sangre oculta en heces positiva. Del análisis de complicaciones en 263,129 procedimientos entre 2006 y 2014, fueron reportados 147 casos (0.06%) con perforación. El 70% fueron colonHD terapéuticas y en el 13% el endoscopista colocó endoclips. La mayoría de las perforaciones de colon (HD-Dx) fueron en el sigmoides (n = 12). El 56% requirieron tratamiento, con más frecuencia aquellas con una RM de 1.86. Requirieron colostomía el 26%, más común en HD-Dx (RM 2.6). La quinta parte de los pacientes sufrieron morbilidad hospitalaria, más frecuente los que tuvieron tratamiento (RM 38) y quienes tuvieron HD-Dx (RM 2.7), particularmente los que requirieron colostomía (RM 2.7). Una cuarta parte de los pacientes requirieron de UTI. La mortalidad fue del 0.9%. Sólo dos pacientes fueron manejados ambulatoriamente.⁷ El mismo grupo reporta hemorragias postpolipectomía (PPB) en 15,285, colon HD en 11,564 y 23,766 polipectomías realizadas entre 2011 y 2014. Sólo 68 pacientes tuvieron PPB (0.44%), colonoscopia y el 0.29% polipectomía. El 2.9% de los casos tuvieron una PPB mayor (tratamiento o UTI), que se presentó a los 3.5 días PPB. En el 42.6%, la PPB fue intermedia (Hb < 2 g/dL o endoterapia), a los 4.5 días. El 9% presentó choque, el 28% requirió una segunda colonHD, el 10% endoterapia y sólo el 1.47% tratamiento.⁸

La aparición de cáncer epidermoide esofágico (ESCC) es una complicación de tumores de cabeza y cuello (HNC) común (15%) y su detección temprana es muy importante. La cromoendoscopia con lugol es útil para detectarlo, pero inespecífica, confundiendo con tejido inflamatorio que tampoco capta el yodo. Se compararon cromoendoscopia y endoscopia confocal (p-CLE, Cellvizio) en 24 lesiones esofágicas (13 benignas y 11 ESCC) de 21 pacientes con HNC. La p-CLE detectó el 95% de las lesiones. El tamaño promedio de las lesiones benignas fue de 9.3 mm (6-80 mm) y las de ESCC de 30.6 mm (dos pacientes tuvieron < 1 cm). Todas las benignas fueron acertadamente diagnosticadas por p-CLE. Un paciente con ESCC fue falsamente negativo.⁹

La detección de metaplasia intestinal (Mint) como lesión precancerosa resulta importante; sin embargo, no se ha evaluado la utilidad relativa de endoscopios HD, particularmente la ganancia diagnóstica que NBI pudiera otorgar. El empleo de software/hardware para interpretar imágenes endoscópicas es una realidad tecnológica. Aquí, se evaluaron 91 imágenes de 52 pacientes rusos con software austriaco y endoscopios Olympus NBI-HD, determinando la presencia de patrones mucosos circulares Kudo tipo A (n = 25: 16 normales y 9 con gastritis crónica), Kudo tipo B túbulo-vellosos (n = 31, 22 con metaplasia intestinal y 9 con metaplasia pseudopilórica) e irregulares tipo C (n = 35, 9 con HGD y 26 con AdenoCA). Los diagnósticos fueron correctos el 92% en lesiones tipo A, el 92% en B y el 89% en tipo C.¹⁰ Otro estudio de la Universidad de Yale evaluó 70 pacientes portugueses con dispepsia recurrente (prevalencia de Hp en el 65%) con endoscopia HD con luz blanca seguida de NBI y biopsias dirigidas por luz blanca y NBI. Al final cinco biopsias (2 curvatura <, 2 curvatura > y 1 en incisura angular). De 70, 20 (34%) tuvieron Mint, 13 en antro y 7 multifocal. La certeza diagnóstica fue del 77% para luz blanca, del 90% para NBI y del 90% para biopsias ciegas. En seis pacientes la Mint sólo se diagnosticó por NBI y en seis por mapeo por biopsia. NBI detecta Mint en 1 de cada 10 biopsias vs. 1 de cada 18 por mapeo.¹¹

En otro estudio, holandés, evaluaron la utilidad del antígeno del carcinoma epidermoide (SCCA-IgM) en 231 pacientes: 53 con EB, 53 con displasia/cáncer in situ (EAC) y 71 controles, 65 con RGE sin EB y 42 donadores de sangre. Los niveles de corte del SCCA-IgM fueron determinados por valores de área bajo la curva de controles vs. EB, y dentro de este grupo, aquéllos con EB corto sin riesgo y EB largo o con EAC. La sensibilidad fue del 91.5%, la especificidad del 75%, la PPV del 86% y la NPV del 84% con una RM de 33% para EB/EAC. Los pacientes con EB riesgoso tuvieron niveles mayores que aquéllos con EB corto sin displasia (p < 0.035) y los pacientes con SCCA-IgM por encima del nivel de corte tuvieron una RM de 15 de tener EB riesgoso. SCCA-IgM se expresa en EB, pero no en tejido cardial.¹²

En un estudio prospectivo multicéntrico holandés han seguido a 1,003 pacientes con EB desde 2003, con edad promedio de 55 años y longitud media del EB de 3 cm. Fueron seguidos por 7 años en promedio. Del total, 52 desarrollaron HGD (n = 24) o EAC (n = 28), con un índice de 0.64/año. Los factores de riesgo (RM) fueron para hombres de 1.29, para IMC de 1.05, para EB largo de 1.22, y para LGD de 2.47, mientras que IBP fue protector (0.67).¹³

En un estudio coreano compararon la evolución clínica de 428 pacientes con cáncer de páncreas (CaP) que tomaron estatinas con 2,552 CaP. Ajustados por edad, sexo, características tumorales, DM, dislipidemia, IMC y marcadores tumorales, aquéllos que tomaron estatinas tuvieron una menor mortalidad por CaP (RM 0.821), particularmente quienes tomaban simvastatina (RM 0.620).¹⁴

Hubo dos estudios de dieta baja en alimentos fermentables (FODMAP, de fermentable oligo di mono sacharides and pol-yols). El primer estudio prospectivo doblemente ciego mostró mayor número de sujetos satisfechos (57 vs. 38%, RM 1.5; p < 0.05) con L-FODMAP, por mejoría franca y significativa en síntomas de colon irritable (IBS). El índice de colon irritable fue mejor en pacientes L-FODMAP (165 vs. 231 p < 0.001), y presentaron menos días con dolor (28.6 vs. 44.7, p < 0.001) y

distensión (27 vs. 41.6; $p = 0.001$).¹⁵ Un ensayo experimental en 14 IBS y 14 controles con biopsia duodenal e inmunohistoquímica para cromogranina, serotonina, somatostatina, colecistoquinina y GIP, antes y posterior a 4 meses (3-9) con L-FODMAP, demostró un aumento del 300% en la densidad de cromogranina, serotonina y somatostatina con tendencia franca hacia la densidad de los controles.¹⁶

Financiamiento

El autor no recibió financiamiento para elaborar este trabajo.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

- Sandborn W J, Feagan B, Wolf D, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of ozanimod, an oral S1P receptor modulator, in moderate to severe ulcerative colitis: Results of the maintenance period of the touchstone study. Trabajo presentado en forma oral en: UEG; 2015, octubre 24-28. Barcelona, ES; OP004.
- Magro F, Dias C, Coelho R, et al. Early surgery or immunosuppression in Crohn's disease - EASY study. Trabajo presentado en forma oral en: UEG; 2015, octubre 24-28. Barcelona, ES; OP005.
- Allez M, Stefanescu C, Nancey S, et al. Post-operative endoscopic recurrence in Crohn's disease: A prospective study of the remind group. Trabajo presentado en forma oral en: UEG; 2015, octubre 24-28. Barcelona, ES; OP007.
- López-Sanroman A, Vera-Mendoza I, Domenech E, et al. Apprecia: Adalimumab vs azathioprine in the prevention of Crohn's disease recurrence after surgical resection. A GETECCU multicenter randomized study. Trabajo presentado en forma oral en: UEG; 2015, octubre 24-28. Barcelona, ES; OP008.
- Moreno-Amador MDL, Cebolla-Ramírez A, Muñoz-Suano A, et al. Detection of gluten peptides in urine of celiac patients: Correlate with mucosal damage. Trabajo presentado en forma oral en: UEG; 2015, octubre 24-28. Barcelona, ES; OP13.
- Straumann A, Blanchard C, Bussmann S, et al. Familial eosinophilic esophagitis (EOE) uncovers a new EOE-like syndrome without tissue eosinophilia. Trabajo presentado en forma oral en: UEG; 2015, octubre 24-28. Barcelona, ES; OP145.
- Derbyshire E, Hungin A, Nickerson C, et al. Colonoscopic perforations in the English NHS Bowel Cancer Screening Programme (NHSBCSP) beware diagnostic perforations and the sigmoid colon. Trabajo presentado en forma oral en: UEG; 2015, octubre 24-28. Barcelona, ES; OP001.
- Derbyshire E, Hungin A, Nickerson C, et al. Post polypectomy bleeding (PPB) in the English on behalf of the NHSBCSP evaluation group. Trabajo presentado en forma oral en: UEG; 2015, octubre 24-28. Barcelona, ES; OP291.
- Safatle-Ribeiro AV, Baba E, Rios JT. Prediction of histology by confocal laser endomicroscopy in lugol-unstained esophageal superficial lesions of patients with head and neck cancer. Trabajo presentado en forma oral en: UEG; 2015, octubre 24-28. Barcelona, ES; OP015.
- Kuvaev R, Kashin S, Nikonov E, et al. Computer-aided diagnostic system for the real time pathology prediction and clinical decision support during narrow band imaging magnification endoscopy in stomach. Trabajo presentado en forma oral en: UEG; 2015, octubre 24-28. Barcelona, ES; OP025.
- Hormozdi D, Pepper M, Laine L, et al. Prospective controlled trial of narrow band imaging for detection of gastric cancer precursors. Trabajo presentado en forma oral en: UEG; 2015, octubre, 24-28. Barcelona, ES; OP026.
- Maddalo G, Fassan M, Cardin R, et al. Squamous cellular carcinoma antigen serum determination as a biomarker of Barrett's esophagus and esophageal cancer: A phase III study. Trabajo presentado en forma oral en: UEG; 2015, octubre 24-28. Barcelona, ES; OP364.
- Bureo-Gonzalez A, Duits L, Mallant-Hent R, et al. Identification of clinical and endoscopic predictors for neoplastic progression in Barrett's esophagus using a prospective multi-center community-based cohort of 1003 patients. Trabajo presentado en forma oral en: UEG; 2015, octubre 24-28. Barcelona, ES; OP147.
- Park W, Song SY, Chung JB, et al. Simvastatin use and its impact on survival in pancreatic cancer patients. Trabajo presentado en forma oral en: UEG; 2015, Octubre 24-28. Barcelona, ES; P0075.
- Staudacher H, Lomer MC, Lindsay J, et al. The impact of low FODMAP dietary advice and probiotics on symptoms in irritable bowel syndrome: A randomised, placebo-controlled, 2X2 factorial trial. Trabajo presentado en forma oral en: UEG; 2015, octubre 24-28. Barcelona, ES; OP163.
- Mazzawi T. The effect of dietary guidance on the duodenal endocrine cells in patients with irritable bowel syndrome. Trabajo presentado en forma oral en: UEG; 2015, octubre 24-28. Barcelona, ES; OP164.