

REVISTA DE REVISTAS

Dr. Samuel Muñoz M.

DISCREPANCIAS EN EL DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO DE CÁNCER GÁSTRICO TEMPRANO ENTRE BIOPSIA Y ESPECÍMENES DE RESECCIÓN MUCOSA ENDOSCÓPICA

Discrepancies in histologic diagnoses of early gastric cancer between biopsy and endoscopic mucosal resection specimens

Takao M., Kakushima N., Takizawa K., Tanaka M., et al.
Gastric Cancer 2012;15:91-6

La resección endoscópica (ER), es un tratamiento efectivo para las neoplasias gastrointestinales en estadios tempranos; la resección mucosa endoscópica (EMR) y la disección endoscópica submucosa (ESD), son técnicas populares de ER, que son ampliamente utilizadas para el tratamiento del cáncer gástrico temprano (EGC); en el Japón, los criterios para la ER de EGCs están basados en limitaciones técnicas y la posibilidad de nódulos metastásicos; los criterios para las lesiones de EGC con indicaciones para ER, propuestos por la Asociación Japonesa de Cáncer Gástrico, incluyen lesiones con diagnóstico pre-operatorio de: 1) cáncer gástrico intramucoso, tipo diferenciado, sin hallazgos de úlcera; 2) cáncer intramucoso, tipo diferenciado, no >3 cm de diámetro, con hallazgos de úlcera; 3) cáncer diminuto, con invasión submucosa, tipo diferenciado (invasión <500µm por debajo de la muscularis mucosae), no >3 cm de diámetro; 4) cáncer intramucoso, indiferenciado, no >2 cm de diámetro, sin hallazgos de úlcera; por lo tanto un diagnóstico histológico preoperatorio, basado en biopsias se requiere antes de planificar la ER; sin embargo, algunas veces no se correlaciona con el diagnóstico endoscópico; el diagnóstico basado en las biopsias esta sujeto a las limitaciones de superficialidad y errores de muestras, algunas veces llevando a juicios errados en el tratamiento de la lesión; para el EGC, el diagnóstico de biopsia de adenocarcinoma tipo diferenciado es uno de los requerimientos para ER; con el objetivo, de evaluar las discrepancias promedio de diagnóstico, entre las muestras de biopsia y especímenes de ER, y determinar las características clínico-patológicas de las lesiones gástricas que tuvieron diferente diagnóstico con las 2 modalidades; se realiza estudio entre Setiembre-02 a Diciembre-08, en un total de 1705 lesiones gástricas de 1419 pacientes; participando 3 patólogos gastrointestinales; la histología de las biopsias se clasificaron en 5 grupos: 1) Grupo I, normal o cambios benignos (hiperplasia/metaplasia), sin atipia; 2) Grupo II, lesiones con atipia, resultado de regeneración; 3) Grupo III, lesiones "borderline" que incluyen adenomas y lesiones de difícil diagnóstico, como regenerativas o neoplásicas; 4) Grupo IV, lesiones sólidamente sospechosas de carcinoma; 5) Grupo V, carcinoma definitivo, independiente de invasión; el procedimiento de ER fue ESD en 99.5% (1697/1705) de las lesiones; el total de lesiones tuvieron un diagnóstico por biopsia de Grupo III o más; el punto de quiebre para los grupos III, IV y V, fue 14%, 6% y 80% respectivamente; entre las 1360 lesiones diagnosticadas como cáncer definitivo (Grupo V) por especímenes de biopsia, 1291 lesiones fueron cáncer diferenciado y 69 tipo indiferenciado; un diagnóstico ER del cáncer gástrico fue obtenido en 49% (118/24) de lesiones diagnosticadas como "borderline" de biopsias de especímenes, estas incluyen adenomas y lesiones de difícil diagnóstico como son las regenerativas o neoplásicas; el tamaño, la existencia de un área deprimida, hallazgos de ulceración, fueron factores significativos observados en dichas lesiones; un diagnóstico ER de cáncer gástrico tipo diferenciado fue obtenido en 17% (12/63) de lesiones diagnosticadas

como tipo indiferenciado en los especímenes de biopsia; para estas lesiones el color y la variada histología fueron factores significativos relacionados a las discrepancias histológicas. En conclusión, el diagnóstico de biopsias de lesiones "borderline" o cáncer tipo indiferenciado, es más probable que otros diagnósticos histológicos en la demostración de discrepancia con el diagnóstico histológico obtenido en los especímenes de ER; las características endoscópicas deben ser consideradas junto con el diagnóstico de biopsia para determinar la estrategia de tratamiento para dichas lesiones

Dra. Tania Reyes M.

ENTEROSCOPIA DOBLE-BALÓN EN LA EVALUACIÓN DE TRASTORNOS DEL INTESTINO DELGADO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Double-balloon enteroscopy in the evaluation of small bowel disorders in pediatric patient

Shen R., Sun B., Gong B., Zhang S., et al.
Dig Endosc 2012; 24: 87-92

En los pacientes pediátricos, los procedimientos endoscópicos que incluyen la cápsula endoscópica (CE), enteroscopia por empuje, enteroscopia doble-balón, están disponibles para el diagnóstico de la etiología de enfermedades del intestino delgado; desde la introducción de la enteroscopia doble-balón (DBE), su rol en pacientes adultos con afecciones del intestino delgado ha sido bien establecido; siendo de comprobada utilidad en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades intestino delgado, como son: hemorragia gastrointestinal de origen oscuro, tumores del intestino delgado, con buenos resultados a largo plazo; permiten tomar muestras de biopsia, tratamiento endoscópico, y precisar el origen de lesiones del intestino delgado detectadas por la CE; sin embargo, la experiencia reportada sobre su utilidad en pacientes pediátricos es escasa, fundamentalmente porque es un procedimiento invasivo, requiere mucho tiempo, limitación en el tamaño de equipo y accesorios de la DBE, necesidad de anestesia general, una menor experiencia relativa de endoscopistas pediátricos; resultados limitados de estudios sugieren que la DBE es segura y conveniente en pacientes pediátricos seleccionados; se realiza estudio entre Mayo-03 a Junio-08, en pacientes <18 años; la sospecha de enfermedad del intestino delgado fue establecida, basada en síntomas de pacientes, identificación de trastornos del intestino delgado por exámenes radiológicos, gastroduodenoscopia (EGD) negativa, ileocolonoscopía negativa; la DBE fue realizada cuando: 1) el estudio patológico era necesario; 2) otras pruebas de imágenes no fueron concluyentes; 3) el tratamiento endoscópico era de elección; en total 35 DBE fueron realizadas en 30 pacientes (niñas = 9, niños = 21) de <18 años, con promedio de edad de 13 años; anestesia general por intubación endotraqueal fue necesaria en 25 pacientes (83.3%) y sedación consciente con midazolam + meperidina en 5 pacientes; el tiempo promedio del procedimiento fue 68.1 min (33-107 min) para vía anterógrada y 87.3 min (40-120 min) retrógrada; el promedio de longitud de inserción fue 220 cm (120-310 cm) para vía anterógrada y 290cm (110-320cm) retrógrada; las indicaciones fueron: hemorragia gastrointestinal de origen oscuro (n=22), dolor abdominal crónico (n=4), diarrea crónica (n=3), y obstrucción incompleta del intestino delgado (ISBO) (n=1); en los pacientes con hemorragia gastrointestinal de origen oscuro, el divertículo

ileal fue detectado en 11 pacientes, la mayoría fueron divertículos de Meckel (10), 3 con sangrado, y 7 sin sangrado activo; úlcera en la base o borde de los divertículos fue observada en 8 pacientes; 1 divertículo localizado cerca al yeyuno con una úlcera central fue observado en 1 paciente; enfermedad de Crohn (n=4), duplicación (n=1), feocromocitoma (n=1), lesión de Dieulafoy (n=1) púrpura de Henoch-Schönlein (n=1); en los pacientes con dolor abdominal crónico, las anomalías detectadas fueron: enfermedad de Crohn (n=4), normal (n=1); en la diarrea crónica: enfermedad de Crohn (n=1), enteritis eosinofílica (n=1), adenoma (n=1); y en ISBO, enfermedad de Crohn (n=1); biopsias fueron realizadas en 12 pacientes; el promedio de seguimiento post-DBE fue de 40 meses (14-75 meses); en total, la DBE influye en la estrategia terapéutica en 90% de pacientes estudiados (27/30); 16 pacientes no tuvieron recurrencia de sangrado durante el seguimiento. No hubo complicaciones serias durante y después de la DBE.

Se concluye, que la DBE es segura y tiene un gran campo diagnóstico y significativo impacto terapéutico en el manejo de enfermedades del intestino delgado en pacientes pediátricos seleccionados; una prueba de imagen previa, como es la CE es de ayuda para proporcionar la localización de lesión, determinando la vía de inserción de la DBE y sugiriendo las características de la lesión cuando el diagnóstico patológico o el tratamiento endoscópico es necesario; realizar una ileocolonoscopy y DBE (vía retrógrada) en la misma sesión es factible cuando una lesión en el intestino delgado (ileón) es altamente sospechosa.

Dr. Juan Carlos Nieburh K.

ES NECESARIA LA COLECISTECTOMÍA DESPUÉS DEL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE CÁLCULOS BILIARES EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS DE EDAD?

Is cholecystectomy necessary after endoscopic treatment of bile duct stones in patients older than 80 years of age?

Yasui T., Takahata S., Kono H., Nagayoshi Y., et al.

J Gastroenterol 2012; 47:65-70

La esfinterotomía endoscópica (ES), fue reportada por primera vez en 1974, ganando amplia aceptación como un tratamiento seguro y efectivo para los cálculos biliares del conducto biliar común (CBDS), con progresos continuos de la técnica; por otro lado, la colecistectomía laparoscópica (LC) introducida en 1987, está siendo reconocida como un procedimiento estándar para la colecistolitiasis debido a sus ventajas sobre la colecistectomía abierta; la indicación para la colecistectomía después de la ES y limpieza del conducto biliar común es frecuentemente debatida; previamente se ha reportado que una vesícula biliar acalculosa preservada después de la ES no causa mayores complicaciones, de modo que después de la ES es una práctica estándar conservarla; en pacientes con colecistocolocolitiasis, sin embargo, los cálculos de la vesícula biliar sin tratar son generalmente causa de un riesgo de complicaciones biliares posteriores a ES, como son la colecistitis aguda o migración hacia el CBD; por lo tanto, algunos autores recomiendan la colecistectomía debido al elevado riesgo de síntomas biliares recurrentes; 2 estudios anteriores prospectivos, proponen que la colecistectomía después de la ES está justificada, debido a que los pacientes con vesícula biliar in situ tuvieron complicaciones biliares posteriores más frecuentemente que los pacientes colecistectomizados; algunos otros estudios retrospectivos, sugieren que la colecistectomía profiláctica rutinaria no es esencial después de la ED, debido al riesgo de desarrollar síntomas biliares que fueron similares a los de la población normal con cálculos asintomáticos; de modo que, es controversial si la vesícula biliar debe ser extirpada después de la ES y limpieza del conducto biliar;

por lo tanto, con frecuencia se presenta la interrogante, de que si ¿la colecistectomía es necesaria en pacientes muy ancianos con enfermedades comórbidas?; en muchos estudios, la colecistectomía después de la ES en pacientes muy ancianos no es recomendada, pero no hay un claro y definitivo consenso; se realiza estudio para determinar si la colecistectomía después de la ES en pacientes muy ancianos es justificada desde el punto de vista de seguimiento a largo plazo (mayor de 10 años, posteriores a ES), desde 1979 a Mayo-2008; 1,728 pacientes sometidos a ES para remoción de cálculos en el CBD, logrando seguimiento >10 años en 1060 pacientes; se les divide en 2 grupos: 1) ≥ 80 años, (n=71) y 2) <80 años (n=250); y se comparan complicaciones biliares tardías y mortalidad; la incidencia acumulada durante los 10 años de las complicaciones biliares fue significativamente mas baja en los pacientes colecistectomizados que en los pacientes con vesícula biliar in situ en el grupo <80 años (7.5 vs.21.7%, $p=0.0030$), pero no diferente que en el grupo ≥ 80 años (8.3 vs.7.4%, $p=0.92$); cuando cada una de las complicaciones fueron evaluadas separadamente, el promedio de cálculos recurrentes en el CBD no fue diferente, pero sí la colecistitis aguda fue significativamente mas baja en el grupo ≥ 80 años que en el de <80 años (4.1 vs. 22.6%, $p=0.011$).

En conclusión, en pacientes muy ancianos, la incidencia de la colecistitis aguda es baja, igual a cuando la vesícula biliar es preservada después del tratamiento endoscópico de CBDS, con un riesgo similar de recurrencia de CBDS; por consiguiente, no puede ser necesaria la recomendación de colecistectomía después de la ES para CBDS en pacientes muy ancianos.

Dr. Jorge Mauricci C.

LIGADURA ENDOSCÓPICA DE HEMORRAGIA DIVERTICULAR COLÓNICA

Endoscopic band ligation for colonic diverticular hemorrhage

Ishii N., Setomaya T., Deshpande G. A., Omata F., et al.

Gastrointest Endosc 2012; 75:382-7

La hemorragia diverticular colónica tiene un curso moderado y para espontáneamente sin intervención terapéutica en 70%-80% de casos; sin embargo, algunos pacientes requieren tratamiento endoscópico, quirúrgico, o angiográfico; dependiendo de la naturaleza del sangrado, recientemente la ligadura con banda elástica por vía endoscópica (EBL) está siendo utilizada para hemostasia en el tratamiento de la hemorragia diverticular colónica, en forma similar a el sangrado variceal esofágico; no obstante, el número de casos en trabajos reportados de hemorragia diverticular colónica tratados con EBL, son escasos (<20 casos), la limitación terapéutica, valoración patológica posterior a la EBL, y resultados de seguimiento post-EBL no tienen datos precisos; se realiza estudio retrospectivo, evaluando los resultados terapéuticos que incluyen los de tratamiento y limitación de EBL para la hemorragia diverticular colónica y la realización de valoración patológica después de EBL en el espécimen resecado; entre Junio-09 a Mayo-11, en colonoscopias de urgencia realizadas en 139 pacientes; 50 pacientes fueron diagnosticados como hemorragia diverticular presuntiva, en el cual el divertículo no tuvo evidencia de sangrado y ninguna otra lesión colónica o zona de sangrado fueron identificadas en colonoscopia; en 33 pacientes, se demostró hemorragia diverticular colónica definitiva, en la cual estigmas de hemorragia reciente (SRH), fueron observados y definidos para una determinación inequívoca de un divertículo específico, como son los casos de sangrado con coágulo adherente denso (AC) a pesar de irrigación vigorosa; vaso visible no sangrante (EBVV) o sangrado activo (AB)

visualizados en colonoscopia; la EBL fue realizada en 31 episodios de sangrado de divertículos colónicos en 29 pacientes; los cuales tuvieron durante seguimiento, 1 colonoscopia a los 6-12 meses post-EBL; el tiempo promedio de procedimiento fue 47 ± 19 min; la EBL fue completamente exitosa en 27 divertículos colónicos (87%), excepto en 3 divertículos con un orificio pequeño y gran cúpula, y 1 divertículo en el cual el orificio diverticular fue muy amplio; hubo recurrencia de sangrado en 3 de 27 casos (11%); aunque 2 casos de resangrado sigmoideo pudieron ser manejados con EBL repetida o conservadoramente, en 1 paciente fue necesaria una hemicolectomía derecha por divertículo en colon ascendente, en el cual la causa de sangrado no fue identificada en colonoscopia repetida; la formación de escara o cicatriz con convergencia de pliegues en el divertículo previamente sometido a banda elástica se confirma en 7/17 casos (64%) que fueron sometidos a colonoscopia de seguimiento. No hubo complicaciones después de la EBL en ninguno de los pacientes.

Se concluye, que la evidencia evaluada, sugiere que la EBL es un tratamiento endoscópico seguro y efectivo para la hemorragia diverticular colónica y el resangrado tardío del divertículo con banda elástica puede ser detenido debido a que el divertículo resuelve después de EBL.

Dr. Ebert Trigos Q.

PRECISIÓN Y DISCREPANCIA DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA Y RESONANCIA MAGNÉTICA EN EL DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA HEPATOCELULAR PEQUEÑO Y NÓDULOS DISPLÁSTICOS: ROL DE LA BIOPSIA

Accuracy and Disagreement of Computed Tomography and Magnetic Resonance Imaging for the Diagnosis of Small Hepatocellular Carcinoma and Dysplastic Nodules : Role of Biopsy

Sersté T., Barrau V., Ozenne V., Vullierme M.P., et al.
Hepatology 2012;55:800-6

El carcinoma hepatocelular (HCC), es el sexto tumor maligno más frecuente en el mundo, y su incidencia está aumentando significativamente; la vigilancia es recomendada en la presencia de cirrosis y en áreas endémicas para enfermedades hepáticas crónicas (CLDs), como son la hepatitis virus B (HBV) y/o hepatitis virus C (HCV); la cirrosis se caracteriza por el desarrollo de un amplio espectro de nódulos hepatocelulares, variando de benignos a malignos; especial atención debe ser realizada para los nódulos pequeños de (≤ 2 cm) que abarca a la vez a los nódulos displásticos (DNs), considerados como premalignos, y el HCC manifiesto reconocido como "HCC-pequeño"; en efecto el HCC puede desarrollarse de DNs en un proceso múltiple de carcinogénesis hepática en pacientes con cirrosis y estadios tempranos de CLDs; sin embargo, detectar HCC pequeños y DNs premalignos es crítico por el resultado para pacientes; pueden ser difíciles de distinguir de otros nódulos hepáticos; al presente, el protocolo de vigilancia para la detección temprana del HCC incluyen, niveles de alfa-fetoproteína (AFP) y ultrasonido (US); basados en el patrón vascular de los nódulos; la Asociación Americana para el Estudio de Enfermedades del Hígado (AASLD), publicaron en el 2005, lineamientos para el diagnóstico de HCC de ≤ 2 cm en la presencia de cirrosis y recomendaron la realización de dos técnicas dinámicas de imagen en ese contexto; un diagnóstico no invasivo de HCC, puede ser obtenido cuando son observados hallazgos de coincidencia e incluyen, hipervascularización en fase arterial y disminución en fase portal y tardía, en ambas modalidades de imágenes; de modo que, la hipervascularización en la fase arterial con disminución portal

y tardía, es ahora considerada como un hallazgo definitivo de malignidad; muy recientemente la AASLD ha revisado dichos lineamientos, el monitoreo con US es recomendado, sugiriendo el uso de un algoritmo diagnóstico, incluyendo la detección de hipervascularización arterial y disminución venosa en fase portal o tardía en solamente 1 procedimiento radiológico dinámico: la tomografía computarizada (CT)-contraste, o la imagen por resonancia magnética (MRI). Cuando dichas características no están presentes, se recomienda cualquiera de los 2 exámenes o biopsia, de manera, que los criterios no invasivos para HCC tienen solamente validez para la cirrosis; sin embargo, el HCC puede aparecer aún antes que desarrolle la cirrosis, y criterios diagnósticos no invasivos pueden ser evaluados en este marco; además dichos criterios no toman en cuenta que los DN premalignos también pueden ser detectados tempranamente; con el objetivo de responder a las siguientes preguntas: 1) ¿Cuál es la precisión diagnóstica de solo 1 estudio de contraste?, 2) ¿Cuál es la frecuencia de discrepancia entre 2 procedimientos de imagen-contraste (CT, MRI)?, 3) ¿Cuál es la ventaja y rol de la biopsia en este contexto?; se realiza estudio entre Enero-05 a Diciembre-10, en 74 pacientes que cumplieron criterios de inclusión y sometidos a CT multifásica, incluyendo fase arterial, portal y tardía, y MRI; los resultados de la CT y MRI fueron estudiados por 2 radiólogos en forma complementaria; la biopsia hepática se realizó por guía con US; siendo estudiadas inicialmente por 1 patólogo y posteriormente revisadas por un segundo patólogo que desconocía el diagnóstico inicial; el promedio de edad fue 60 años (rango, 38-88), media de AFP 8 ng/mL (rango.1-413); en 69 pacientes el análisis histológico de tejido hepático no tumoral adyacente, fue valorado, de acuerdo a la clasificación de METAVIR, hubo 56 pacientes (75%) F4; 3 (4%) F3; 10(14%) F1-F2; la cirrosis fue clínicamente o radiológicamente evidente en 5 pacientes adicionales; 33 pacientes (45%) tuvieron hepatitis virus C, 20(27%) hepatitis virus B, y 13(18%) no tuvieron cirrosis; las biopsias definieron 47 HCCs, 6 DN de alto grado (HGDNs), 1 DN de bajo grado (LGDNs), 1 colangiocarcinoma, y 1 hemangioma endotelial epiteloidal; no hubo tumores en los otros 18 pacientes; todos los pacientes (31 de 31; 100%) que tuvieron hallazgos coincidentes en ambos exámenes tuvieron HCC o HGDN (sensibilidad, 57%; especificidad 100%); todos los pacientes (51 de 51; 100%) que tuvieron hallazgos concluyentes en al menos 1 de los 2 exámenes tuvieron HCC o HGDN (sensibilidad, 96%; especificidad, 100%); hubo discrepancia referida a hallazgos de imágenes entre CT y MRI en 21 de 74 pacientes (28%), sin disminución de contraste en ambos exámenes en 23 de 74 pacientes (31%); en esos 44 pacientes la biopsia hepática proporciona un diagnóstico inicial preciso. En conclusión, en pacientes con CLDs o cirrosis con nódulos hepáticos de ≤ 2 cm, este estudio confirma la elevada especificidad y baja sensibilidad de la CT-contraste, combinada con MRI para el diagnóstico de HCC; asimismo, que el diagnóstico no invasivo de HCC o HGDNs puede ser logrado en la mayoría de casos con 100% de especificidad por una sola modalidad de imagen; debido al elevado número de discrepancias entre la CT-contraste y la MRI, no las recomendamos como exámenes secuenciales, y sugerimos realizar una biopsia cuando el primer examen de imagen no es concluyente; en manos expertas, la biopsia de un nódulo y del tejido adyacente, proporciona un diagnóstico preciso, ayudando en el resultado terapéutico, y puede identificar relevantes factores de pronóstico, basados en el aspecto de hígado adyacente.

Dr. Walther Taboada T.

INCIDENCIA CRECIENTE Y PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INTESTINALES EN EL TIEMPO, BASADA EN REVISIÓN SISTEMÁTICA

Increasing Incidence and Prevalence of the Inflammatory Bowel Diseases With Time, Based on Systematic Review
Molodecky N.A., Soon I.S., Rabi D.M., Ghali W.A., et al.
Gastroenterology 2012;142:46-54

Las enfermedades inflamatorias intestinales (IBDs), consideradas son: la colitis ulcerativa (UC) y la enfermedad de Crohn (CD), están caracterizadas por inflamación crónica del tracto gastrointestinal en individuos genéticamente susceptibles expuestos a factores de riesgo del medio ambiente; la etiología de la IBD ha sido ampliamente estudiada en las décadas pasadas; sin embargo, la patogénesis de la enfermedad no es totalmente comprendida; variaciones en la epidemiología de la IBS está siendo observada alrededor del mundo, con un amplio rango de estimación, en y alrededor de regiones geográficas; se piensa, que la IBD, está asociada con la industrialización de la naciones, por los elevados promedios de incidencia y prevalencia en Norteamérica y Europa; la incidencia de IBD puede estar en aumento en naciones en vías de desarrollo, como en las industrializadas; sin embargo, los datos epidemiológicos basados en poblaciones de IBD obtenidos de un modo estandarizado en países en vía desarrollo son escasos; muchos estudios, han reportado que la incidencia de IBD se ha incrementado notoriamente sobre todo en la última fase del siglo XX; mientras que otros estudios, han sugerido un estancamiento o incluso disminución en ciertas áreas y regiones geográficas; de modo que para una apropiada interpretación de los datos de la incidencia, prevalencia y evaluar la tendencia en el tiempo, una revisión sistemática de todos los estudios basados en poblaciones es necesaria; la percepción de la epidemiología en el mundo de la IBD, es importante para la identificación de patrones geográficos y tendencia en el tiempo, esta información puede ayudar a precisar los factores de riesgo en el medio ambiente para la IBD, describir el problema de la IBD, planificar la utilización de recursos de salud de Asistencia Internacional e iniciativa directa de investigación en países carentes de datos de IBD ; con el objetivo de determinar la incidencia y prevalencia de la UC y la CD en el mundo, y evaluar los cambios de la incidencia en las diferentes regiones geográficas y periodos de tiempo; se realiza revisión sistemática de literatura en MEDLINE (1950 a Diciembre-10)(4975 citaciones), y EMBASE (1980 a Diciembre-10)(8103 citaciones), de estudios epidemiológicos de la IBD; finalmente 260 artículos relevantes(incidencia =2338 y prevalencia=129) fueron incluidos en estudios; se evalúan 177 estudios de Europa, 27 de Norteamérica, 52 de Asia y Medio Oriente; mapas fueron elaborados para representar las diferencias a nivel mundial en la incidencia y prevalencia de la IBDs; la tendencia en el tiempo puede determinarse usando regresión estadística; la elevada incidencia anual de UC fue 24.3 x100,000 habitantes -año en Europa; 6.3x100,000 habitantes -año en Asia y Medio Oriente, y 19.2 x100,000 habitantes-año en Norteamérica. La incidencia anual elevada de CD fue 12.7x100,000 -año en Europa, 5.0x100,000 habitantes-año en Medio Oriente, y 20.2 x100,000 habitantes -año en Norteamérica; los valores elevados de la prevalencia de IBD fueron: en Europa (UC,505x100,000 habitantes; CD, 322x100,000 habitantes) y en Norteamérica (UC,249x100,000 habitantes; CD, 319x100,000 habitantes); en el análisis de la tendencia en el tiempo, 75% de estudios de CD y 60% de estudios de UC tuvieron un incremento de incidencia de significación estadística ($P < 0.05$).

Se concluye, que no obstante la existencia de pocos datos epidemiológicos de los países en vías desarrollo; la incidencia y prevalencia de la IBD se incrementa con el tiempo y en diferentes regiones alrededor del mundo, indicando el surgimiento de una enfermedad global.

Dr. Benjamín Olivera B.

RELACIÓN RECUENTO DE PLAQUETAS/DIÁMETRO DE BAZO PARA PREDECIR LA PRESENCIA DE VÁRICES ESOFÁGICAS EN PACIENTES CON CIRROSIS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Platelet count/spleen diameter ratio to predict the presence of esophageal varices in patients with cirrhosis: a systematic review

Chawla S., Katz A., Attar B. M., Gupta A., et al.
Eur J Gastroenterol Hepatol 2012; 24:431-6

El sangrado de las várices esofágicas (VEs), permanece como la causa de mayor mortalidad aguda en pacientes con cirrosis; para un mejor diagnóstico y tratamiento de dichas várices, lineamientos vigentes recomiendan una esofagogastroduodenoscopia (EGD) en el diagnóstico de cirrosis, con subsecuente vigilancia dependiendo de los resultados de la EGD inicial; estos criterios están basados en la evidencia que demuestra una reducción en el promedio de sangrado variceal cuando los pacientes con VEs grandes o várices con signos de alto-riesgo de sangrado como son la presencia de la red vascular, son tratados con β -bloqueadores (disminución de riesgo relativo en 50%) o ligadura variceal endoscópica (reducción de riesgo relativo en 64%); la prevalencia de várices varía considerablemente entre pacientes y poblaciones (24-80%) y de las que requieren profilaxis primaria es aún menor; debido a esta relativa baja prevalencia de várices que requieren profilaxis primaria, el costo, inconveniencia, y morbilidad asociada con vigilancia endoscópica, no puede ser justificada en todos los pacientes con cirrosis; para disminuir la demanda en las Unidades de Endoscopia y prevenir el daño innecesario a pacientes, los investigadores han intentado parámetros no invasivos para predecir la VEs; no obstante, que los estudios iniciales establecieron a la trombocitopenia como un predictor relevante de VEs, los intentos para establecer un valor límite de recuento de plaquetas fueron infructuosos, debido a variada precisión en poblaciones diferentes y a múltiple etiología de las enfermedades hepáticas; en el 2003, Giannini y et al. propusieron una nueva regla de predictores, incorporando al recuento de plaquetas y el tamaño del bazo; si el recuento de plaquetas (n/mm^3) dividido por el diámetro del bazo (mm) es menor que 909, es probable que el paciente tenga VEs grandes (relación 909); desde entonces dicha relación (PC/SD) ha sido validada como una norma no invasiva para la presencia de VEs; muchos autores han propuesto otros valores límites de la relación PC/SD en sus poblaciones de estudio, pero dichos valores, a diferencia de la relación 909, no han sido reconocidos; con el objetivo de evaluar la evidencia sobre la precisión diagnóstica de la relación 909 y determinar si las evidencias son suficientes para recomendarla como una herramienta de investigación para pacientes con cirrosis, se realiza selección de artículos relevantes en MEDLINE (1950 a Noviembre-11), revisados independientemente por dos autores, para incluir solamente estudios que usan la relación PC/SD 909; finalmente, se incluyen 8 estudios con un total de 1275 pacientes con los siguientes resultados: sensibilidad 89% (IC 95%; 87-92%; I^2 92.9%); especificidad 74% (IC 95%; 70-78%; I^2 94.5%). VPP 3.5 (IC 95%; 1.92-6.25; I^2 94.0%); y VPN 0.12(IC 95%; 0.05-0.32; I^2 90). Se concluye, que la relación PC/SD 909 no es adecuada para reemplazar completamente a la esofagogastroduodenoscopia como una herramienta de investigación no invasiva para las VEs dado el bajo grado de evidencia; sin embargo, si puede potencialmente ser utilizada como parte de predicción, incorporando otras características clínicas o variando valores límites de PC/SD; cuando se compara con otras herramientas no invasivas, la relación PC/SD es señalada como simple y barata; con algunas pequeñas modificaciones puede ser una herramienta de ayuda para limitar el número de endoscopias en profilaxis primaria que se realizan en pacientes con hipertensión portal.

Dr. Luis Castillo M.