

ECOS DE LA GASTROENTEROLOGÍA

MÁS EVIDENCIA ACERCA DEL EFECTO DE LOS ANTIDEPRESIVOS EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Vahedi H, Merat S, Rashidioon A, et al. **The effect of fluoxetine in patients with pain and constipation-predominant irritable bowel syndrome: a double-blind randomized-controlled study.** *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 22: 381-5.

Objetivo: comparar los efectos terapéuticos de fluoxetina y placebo en el tratamiento de dolor y estreñimiento en síndrome de intestino irritable (SII). **Diseño:** estudio prospectivo aleatorizado, doble ciego, controlado y comparativo con placebo. **Sitio:** Hospital Universitario en Teherán, Irán. **Pacientes y Métodos:** se incluyeron pacientes consecutivos con SII (Roma II) y se excluyeron aquellos con enfermedad orgánica detectada mediante examen clínico, laboratorio y endoscopia. Los pacientes se asignaron en forma aleatoria a recibir fluoxetina 20 mg/d o un placebo idéntico por 12 semanas. Las variables de interés fueron la presencia de dolor abdominal, distensión, evacuaciones sólidas, < 3 evacuaciones por semana y cambios en el hábito intestinal. Las cinco variables se evaluaron al inicio, cada dos semanas durante el estudio y al final. **Resultados:** se evaluaron 44 pacientes (edad promedio 34.9 años, 27 mujeres). A la 4a. semana los cinco síntomas estudiados fueron significativamente menos frecuentes en el grupo de fluoxetina, efecto que continuó hasta la semana 12. Cuatro semanas después de terminado el tratamiento, todo los síntomas excepto "cambio en hábito intestinal" continuaron siendo menos frecuentes en el grupo de fluoxetina. El número promedio de síntomas por sujeto disminuyó significativamente en el grupo de fluoxetina comparado con placebo desde la semana 2 ($p > 0.005$) hasta la semana 16 ($p > 0.001$). No hubo efectos secundarios significativos en los grupos. **Conclusiones:** la fluoxetina es efectiva y segura para controlar los síntomas de SII con predominio de estreñimiento y dolor. **Comentario:** no existe un medicamento ideal que alivie todos los síntomas que pueden presentar los pacientes con SII.¹ Aquellos enfermos con dolor y estreñimiento han sido tratados tradicionalmente con fibra, laxantes osmóticos, espasmolíticos y agonistas 5-HT₄. Los antidepresivos han sido utilizados con base en el hallazgo de la hipersensibilidad visceral y su efectividad en síndromes dolorosos como fibromialgia.² Un metaanálisis concluyó que los antidepresivos son eficaces para tratar trastornos fun-

cionales digestivos.³ Aunque la mayoría de los estudios en SII se han hecho con antidepresivos tricíclicos, recientemente se han empleado inhibidores de la recaptura de serotonina (IRS) que han mostrado ser superiores a placebo y similares a psicoterapia para mejorar dolor, calidad de vida y alivio global en SII.^{4,5} La fluoxetina ha sido probada en SII con resultados conflictivos.^{1,6,7} Este estudio demuestra que fluoxetina a dosis bajas es más efectiva que placebo para controlar los síntomas en SII con estreñimiento y dolor. Esta mejoría se observa en las primeras seis semanas y continúa hasta cuatro semanas después de suspender el tratamiento. Este efecto duradero puede explicarse por la vida media prolongada de fluoxetina o por el aumento en el umbral doloroso una vez que los síntomas han sido controlados. Un defecto de este estudio es que no se aplican escalas para medir mejoría de cada síntoma, sino que emplean medidas dicotómicas (presencia, o ausencia). Además, el número de pacientes es pequeño y el seguimiento es breve. Aunque algunos estudios han descrito efectos secundarios grave de la fluoxetina⁸ en este trabajo no hubo efectos importantes. Este artículo aporta resultados que apoyan el uso de fluoxetina en SII con predominio de estreñimiento y dolor. Se requieren estudios con muestras mayores y seguimiento más prolongado.

REFERENCIAS

1. Schoenfeld P. Efficacy of current drug therapies in irritable bowel syndrome: What works and does not work. *Gastroenterol Clin N Am* 2005; 34: 319-35.
2. O'Malley PG, Jackson JL, Santoro J, et al. Antidepressant therapy for unexplained symptoms and symptom syndromes. *J Fam Pract* 1999; 48: 980-90.
3. Jackson J, O'Malley P, Tomkins G, et al. Treatment of functional gastrointestinal disorders with antidepressant medications: a meta-analysis. *Am J Med* 2000; 108: 65-72.
4. Creed F, Fernandes L, Guthrie E, et al. The cost-effectiveness of psychotherapy and paroxetine for severe irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2003; 124: 30317
5. Talley NJ. New and emerging treatments for irritable bowel syndrome and functional dyspepsia. *Expert Opin Emerg Drugs* 2002; 7: 91-8.
6. Gram L. Fluoxetine. *N Engl J Med* 1994; 331: 1354-61.
7. Kuiken SD, Tytgat GN, Boeckxstaens GE. The selective serotonin inhibitor fluoxetine does not change rectal sensitivity and symptoms in patients with irritable bowel syndrome: a double blind, randomized, placebo-controlled study. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2003; 1: 219-28.
8. Aranth J, Lindberg C. Bleeding, a side effect of fluoxetine. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 412.

Dr. Octavio Gómez Escudero
Profesor de Medicina Interna y Gastroenterología
Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla (UPAEP)

Consultor de Medicina Interna y Gastroenterología
Hospital General/Hospital de la Mujer, SSA, Puebla,
Pue.

VASOCONSTRICTORES, EXPANSORES DE VOLUMEN Y TIPS EN EL SÍNDROME HEPATORRENAL: EL ORDEN DE LOS FACTO- RES SÍ ALTERA EL PRODUCTO

Wong F, Pantea L, Sniderman K. **Midodrine, octreotide, albumin, and TIPS in selected patients with cirrhosis and type 1 hepatorenal syndrome.** *Hepatology* 2004; 40: 55-64.

Objetivo: determinar la eficacia de los cortocircuitos transyugulares portosistémicos (TIPS) en el tratamiento del SHR tipo 1 en pacientes cirróticos con ascitis posterior a la estabilización hemodinámica sistémica. **Diseño:** estudio anidado en una cohorte, prolectivo y comparativo. **Sitio:** Toronto General Hospital. **Pacientes y métodos:** catorce cirróticos con ascitis y SHR tipo 1 recibieron midodrine, octreótide y albúmina hasta que su creatinina sérica fue ≤ 1.5 g/dL. Luego se colocaron TIPS en quienes no hubo contraindicación. Los pacientes fueron evaluados antes y después del tratamiento médico, así como luego de la colocación del TIPS con mediciones de la función renal, excreción de sodio, hemodinámica sistémica, volumen sanguíneo central y marcadores hormonales. **Resultados:** el tratamiento médico por 14 días mejoró significativamente la función renal (creatinina sérica de 3 a 1.4 mg/dL) y la excreción renal de sodio (5 a 9 mmol/d) en 10 de los 14 pacientes. La inserción del TIPS mejoró significativamente la función renal y la excreción de sodio luego de 12 meses en cinco de los respondedores, con un aumento promedio en la filtración glomerular de 96 mL/min y un aumento en la excreción urinaria de sodio de 119 mmol/d comparado con los valores pre-TIPS. Esto se asoció con normalización de los niveles de renina y aldosterona en plasma y con eliminación de ascitis. **Conclusión:** el TIPS es un tratamiento efectivo para el SHR tipo 1 en pacientes con cirrosis y ascitis cuya función renal fue mejorada previamente con midodrine, octreótide y albúmina. **Comentario:** la administración de vasoconstrictores en cirróticos con disfunción renal ha sido informada desde los años 50's con éxito limitado.¹ El interés ha resurgido ante la evidencia de que la vasoconstricción renal, responsable de la insuficiencia renal en la cirrosis, es la consecuencia final de la vasodilatación esplácnica.² Esta vasodilatación produce una dis-

minución en el volumen arterial efectivo y la activación de sistemas vasoconstrictores que mantienen el volumen arterial y la presión sistémica. Estudios recientes demuestran que la administración de vasoconstrictores (terlipresina, adrenalina, midodrine) mejoran la función renal en 2/3 partes de los pacientes con SHR, con una incidencia baja de efectos colaterales ($< 10\%$).³⁻⁵ Lo más importante es que esta mejoría se traduce en una mayor supervivencia.⁶ El presente estudio aporta hallazgos muy interesantes. Los pacientes que logran estabilizar su función renal y hemodinámica con expansores y vasoconstrictores son sometidos a la colocación de TIPS, lo cual normaliza el filtrado glomerular y los niveles de renina-aldosterona, incrementa la excreción urinaria de sodio y mantiene los niveles de creatinina en el lapso de un año. Esto se debe a un probable incremento en la precarga cardíaca y a la mejoría en la función diastólica sin causar deterioro de la función sistólica.⁷ El efecto final es un aumento del volumen circulante efectivo, piedra angular en la fisiopatogenia de la hipertensión portal. Pese a los pocos pacientes evaluados y a la ausencia de aleatorización, los resultados son de interés clínico y patogénico, no sólo en el apartado terapéutico, sino en el conocimiento del papel de la cardiomiopatía del cirrótico en la historia natural del SHR.

REFERENCIAS

1. Hecker R, Sherlock S. Electrolyte and circulatory changes in terminal liver failure. *Lancet* 1956; 271: 1121-5.
2. Arroyo V, Colmenero J. Ascites and hepatorenal syndrome in cirrhosis: pathophysiological basis of therapy and current management. *J Hepatol* 2003; 28(Suppl.): S69-89.
3. Uriz J, Ginés P, Cardenas A, et al. Terlipressin plus albumin infusion is an effective and safe therapy of hepatorenal syndrome. *J Hepatol* 2000; 33: 43-8.
4. Angeli P, Volpin R, Gerunda G, et al. Reversal of type 1 hepatorenal syndrome with the administration of midodrine and octreotide. *Hepatology* 1999; 29: 1690-7.
5. Duvoux C, Zanditenas D, Hezode C, et al. Effects of noradrenaline and albumin in patients with type 1 hepatorenal syndrome: a pilot study. *Hepatology* 2002; 36: 374-80.
6. Ortega R, Ginés P, Uriz J, et al. Terlipressin therapy with and without albumin for patients with hepatorenal syndrome. Results of a prospective, non-randomized study. *Hepatology* 2002; 36: 941-8.
7. Lee S. Cardiac dysfunction in spontaneous bacterial peritonitis: a manifestation of cirrhotic cardiomyopathy. *Hepatology* 2003; 38: 1089-91.

Dr. Aldo Torre Delgadillo
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y
Nutrición "Salvador Zubirán".
Departamento de Gastroenterología
México, D.F.

¿LAS ENDOPRÓTESIS PANCREÁTICAS SON UNA MEDIDA PROFILÁCTICA ÚTIL EN LAS RESECCIONES AMPULARES?

Harewood GC, Pochron NL, Gostout CJ. **Prospective, randomized, controlled trial of prophylactic pancreatic stent placement for endoscopic snare excision of the duodenal ampulla.** *Gastrointest Endosc* 2005; 62: 367-70.

Objetivo: determinar la incidencia de pancreatitis en pacientes sometidos a ampulectomía con asa, con y sin colocación profiláctica de endoprótesis pancreática (EP). **Diseño:** estudio prospectivo, aleatorizado y controlado. Sitio: hospital de tercer nivel en Rochester, Minnesota. **Pacientes y métodos:** se incluyeron aquellos pacientes con adenomas ampulares tratado en un periodo de tres años, que en forma ciega se aleatorizaron para recibir o no EP después de ser sometidos a ampulectomía con asa mediante generador electroquirúrgico. En todos se realizó esfinterotomía endoscópica biliar (EEB). La EP fue recta, corta (3-5 cm) y con una sola aleta. Los pacientes con dolor abdominal posprocedimiento se evaluaron con determinaciones de amilasa y lipasa séricas. **Resultados:** se analizaron 19 pacientes: 10 con EP y nueve sin EP. No hubo diferencias en género y edad entre los grupos. La pancreatitis posprocedimiento se presentó en tres pacientes en las primeras 24 horas y todos correspondieron al grupo sin endoprótesis (33%, $p = 0.02$). El nivel medio de amilasa fue de 3692 U/L (margen: 1819-4700 U/L) y de lipasa de 11,450 (margen: 5,900-17,000) por lo que los pacientes fueron hospitalizados por una promedia de dos días (margen: 1-6) con recuperación total. El estudio se suspendió a sugerencia del comité de revisión de la institución en vista del alto porcentaje de pancreatitis ocurrida. **Conclusiones:** se sugiere que la colocación de EP confiere un efecto protector al reducir la pancreatitis posampulectomía. **Comentario:** el tratamiento de los adenomas ampulares benignos cambió radicalmente con la introducción de la ampulectomía con asa en 1993.¹ Aunque aún no se establecen plenamente las técnicas, indicaciones y limitaciones del procedimiento, éste suele realizarse con asa diatérmica monopolar con o sin inyección de solución salina. Existen otras técnicas donde se utiliza un catéter de balón intrabiliar o mediante la incisión circunferencial con esfinterotomo de aguja. Múltiples estudios recomiendan insertar una endoprótesis pancreática para prevenir pancreatitis.²⁻⁴ Harewood y cols. intentan demostrar la eficacia de una EP profiláctica para reducir la pancreatitis posampulec-

tomía en este estudio que, aunque aleatorizado, prospectivo y controlado, tiene muchas deficiencias. Se contempló incluir 25 pacientes en cada grupo, en ninguno se realizó ultrasonido endoscópico, biopsia confirmatoria ni estudios de extensión del adenoma. Debido a que tres pacientes (33%) de grupo sin EP desarrollaron pancreatitis postampulectomía, el comité de revisión institucional sugirió cancelar la investigación. La finalización súbita del estudio y el escaso número de pacientes no permite establecer conclusiones con valor estadístico, ya que un mínimo cambio en los datos hubiese modificado radicalmente el resultado. Por ejemplo, si uno de los 10 pacientes que recibieron EP, o solamente dos y no tres de los nueve sin EP hubiese desarrollado pancreatitis, el valor de p no hubiera tenido significado estadístico. Por otro lado, y en vista de que los pacientes se sometieron a EEB, la pancreatitis referida no tiene etiología precisa. Ante estas condiciones, el presente estudio no tiene fundamento estadístico y por lo tanto no puede considerarse como un trabajo definitivo en la materia. Son necesarios estudios a gran escala para confirmar dichos beneficios.

REFERENCIAS

1. Binmoeller KF, Boaventura S, Ramsperger K, Soehendra N. Endoscopic snare excision of benign adenomas of the papilla of Vater. *Gastrointest Endosc* 1993; 39: 127-31.
2. Catalano MF, Linder JD, Chak A, Sivak MV Jr, Rajman I, Geenen JE, Howell DA. Endoscopic management of adenomas of the major duodenal papilla. *Gastrointest Endosc* 2004; 59: 225-32.
3. Cheng CL, Sherman S, Fogel EL, McHenry L, Watkins JL, Fukushima Y, Howard TJ, Lazzell-Pannell L, Lehman GA. Endoscopic snare papillectomy for tumours of the duodenal papilla. *Gastrointest Endosc* 2004; 60: 757-64.
4. Aiura K, Imaeda H, Kitajima M, Kumai K. Balloon-catheter-assisted endoscopic snare papillectomy for benign tumours of the major duodenal papilla. *Gastrointest Endosc* 2003; 57: 743-7.
5. Harewood GC, Pochron NL, Gostout CJ. Prospective, randomized, controlled trial of prophylactic pancreatic stent placement for endoscopic snare excision of the duodenal ampulla. *Gastrointest Endosc* 2005; 62: 367-70.

Dr. Alfredo Güitrón Cantú
Departamento de Endoscopia Digestiva
U.M.A.E. No 71
Instituto Mexicano del Seguro Social
Torreón, Coahuila.

¿EXISTEN DIFERENCIAS CLÍNICAS EN LOS LATINOS QUE PADECEN HEPATITIS C CRÓNICA?

Ramsey C. Cheung, MD, Sue Currie MA, et al. **Chronic hepatitis C in latinos: natural history, treatment,**

eligibility, acceptance, and outcomes. *Am J Gastroenterol* 2005; 100: 2186-93.

Objetivos: conocer las diferencias de la hepatitis crónica por virus C (VHC) y la respuesta al tratamiento entre la población caucásica y latina. **Diseño:** estudio multicéntrico de casos y controles. **Sitio:** hospitales de veteranos en Estados Unidos. **Pacientes y métodos:** 2,510 caucásicos y 421 latinos con infección por VHC fueron incluidos. Se evaluó la epidemiología de la infección y las características de los candidatos a tratamiento. Los sujetos fueron tratados con interferón alfa-2b y ribavirina siguiendo las guías internacionales. Todos tenían anticuerpos para el VHC con carga viral. Se valoró la respuesta al final del tratamiento (RFT) y la respuesta viral sostenida (RVS). **Resultados:** los latinos adquirieron la enfermedad más tempranamente (22.9 vs. 24.2 años, $p = 0.008$) y tuvieron menos contacto con productos sanguíneos. El uso de drogas intravenosas y la coinfección con HIV fue mayor en latinos ($p = \text{NS}$). Una proporción similar de caucásicos y latinos fueron tratados (19 vs. 21%, respectivamente). Los latinos tuvieron mayor probabilidad de ser candidatos a tratamiento, pero menor probabilidad de iniciarlo. Se realizaron 123 biopsias hepáticas en latinos y 743 en caucásicos. La esteatosis fue más prevalente en latinos (55 vs. 43%, $p = 0.03$) quienes con mayor frecuencia descontinuaron el tratamiento (40 vs. 29%, $p = 0.04$) y tuvieron menor RVS (15 vs. 22%). El ser latino y la historia reciente de consumo alcohol se asociaron con discontinuación temprana, mientras que el genotipo y la carga viral se asociaron con RVS. **Conclusión:** los latinos se infectan más jóvenes, tienen menor probabilidad de iniciar el tratamiento, una menor RVS, menor gravedad de la enfermedad y descontinúan el tratamiento en forma más temprana que los caucásicos. **Comentario:** la prevalencia del VHC se ha incrementado en los últimos años. En México casi dos millones de personas desarrollarán enfermedad hepática crónica en el 2050.¹ Algunos estudios han demostrado que los latinos tienen mayor frecuencia de infección por VHC.² Un estudio realizado en México encontró una prevalencia de VHC de 2% en población asintomática.³ La coinfección con VIH en latinos es mayor que en caucásicos y los latinos infectados con VIH tienen mayor probabilidad de ser coinfectados con VHC.⁴ Los latinos se infectan a edades más tempranas y cuentan con menos factores de riesgo para contraer la enfermedad que los caucásicos. La población latina consume menos drogas intravenosas que los caucásicos y la transfusión sanguínea es la

principal vía de contagio.⁵ Los latinos tienen una mayor progresión de la cirrosis en comparación con otros grupos étnicos y presentan mayor elevación de aminotransferasas.⁶ Aunque muchos latinos pueden ser candidatos a tratamiento sólo unos cuantos reciben el tratamiento completo. Por otro lado, la RVS es más baja en la población latina con genotipos no 1, que presentan mayor carga viral y abandono temprano del tratamiento. La esteatosis encontrada en este grupo puede influir en la RVS. Éste es uno de los primeros estudios que evalúan las diferencias entre latinos y caucásicos, sus conclusiones son interesantes y permiten identificar algunas características que pueden influir en la historia natural y tratamiento de la infección por VHC.

REFERENCIAS

1. Mendez-Sanchez N, Villa AR, Chavez-Tapia NC, et al. Trends in liver disease prevalence in Mexico from 2005 to 2050 through mortality data. *Ann Hepatol* 2005; 4: 52-5.
2. Alter MJ, Kruszon-Moran D, Aníñan O, et al. The prevalence on hepatitis C virus infection in the United States 1998 through 1994. *N Engl J Med* 1999; 341: 556-62.
3. Mendez-Sanchez N, Ponciano-Rodriguez G, Chavez-Tapia NC, et al. Prevalence of hepatitis C infection in a population of asymptomatic people in a checkup unit in Mexico city. *Dig Dis Sci* 2005; 50: 733-7.
4. Tedaldi EM, Hullseik KH, Malvestutto CD, et al. Prevalence and characteristics of hepatitis C virus coinfection in a human immunodeficiency virus clinical trial group: The Terry Bein Community Programs for Clinical Research on AIDS. *Clin Infect Dis* 2003; 36: 1313-7.
5. Vera de Leon L, Juarez NJA, Diaz GM, et al. Epidemiologic and situational panorama of hepatitis C in Mexico. *Rev Gastroenterol Mex* 2005; 70: 25-32.
6. Bonacini M, Groshen MD, Yu MC, et al. Chronic hepatitis C in ethnic minority patients evaluated in Los Angeles County. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 2438-41.

Dr. Javier Lizardi-Cervera
Clínica de Gastroenterología
Subdirección Académica
Fundación Clínica Médica Sur
México, D.F.

¿CÓMO ABORDAR EL PROBLEMA DE LA RECURRENCIA EN EL CÁNCER DE RECTO?

Boyle KM, Sagar PM, Chalmers AG, et al. **Surgery for locally recurrent rectal cancer.** *Dis Colon Rectum* 2005; 48: 929-37.

Objetivo: evaluar la presentación clínica, manejo y evolución de una serie de pacientes con recurrencia local del cáncer de recto en un intento curativo. **Diseño:** estudio de cohorte. **Sitio:** Hospital General de Leeds, Leeds, Reino Unido. Hospital de tercer nivel.

Pacientes: pacientes sometidos a resección de recurrencia local de 1997 al 2004. **Métodos:** descripción detallada del tumor primario y su manejo para la recurrencia local. Análisis multivariado en relación con los patrones de invasión, resultado de los diversos tipos de tratamiento quirúrgico, complicaciones posquirúrgicas y supervivencia de cada paciente. **Resultados:** se siguieron 64 pacientes (38 hombres). La mediana de intervalo entre la resección del tumor primario y la cirugía para la recurrencia local fue 31 meses. A 57 pacientes se les realizó resección del tumor: 35 recibieron cirugía simple (excisión abdomino-perineal, resección anterior o procedimiento de Hartmann), 18 (31.6%) requirieron resección radical (exenteración pélvica o sacrectomía). Se obtuvieron márgenes quirúrgicos negativos en 21 pacientes (36.8%). La mortalidad perioperatoria fue de 1.6%, con morbilidad postoperatoria significativa en 40% de los pacientes. En ocho de los 64 pacientes se realizó resección paliativa (R2). La sobrevida fue significativamente mayor en aquellos en quienes se logró resección R0. Una segunda recurrencia ocurrió en 24 de 49 pacientes (49%). **Conclusiones:** la resección quirúrgica del CA rectal localmente recurrente puede realizarse con una morbilidad postoperatoria aceptable y mínima mortalidad, siempre y cuando se realice por equipos multidisciplinarios especializados con protocolos estrictos. **Comentario:** la recurrencia local del cáncer de recto después de una resección aparentemente curativa es un problema importante.¹⁻³ Pese a los avances en las técnicas quirúrgicas y mejoras en las terapias combinadas, entre 5 y 35% de los pacientes experimentan dicho problema, lo cual sucede dos y tres años de la primera cirugía.²⁻⁴ La resección quirúrgica completa ofrece la mejor opción de curación del cáncer localmente recurrente. La mediana de sobrevida fue significativamente mayor en aquellos tumores con márgenes microscópicamente íntegros en el momento de la resección, lo que además se correlaciona estrechamente con la subsecuente recurrencia loco-regional y el pronóstico final. El diagnóstico temprano de la recurrencia local se facilita por endoscopia, la cual puede detectar recurrencias intraluminales si se hace de manera seriada, lo que puede resultar en una sobrevida más prolongada.⁵ La recurrencia en resección abdomino-perineal puede controlarse con mediciones periódicas de antígeno carcinoembrionario, lo que puede considerarse suficiente para control después de cirugía.^{3,6} En ausencia de recto o neorrecto, debe pensarse en invasión de estructuras adyacentes. En general la calidad de vida, supervivencia y nivel de recurrencia local es mejor después de la

resección anterior del recto que después de una amputación abdominoperineal.^{7,8} La recurrencia después de la re-resección ocurre aproximadamente en un tercio de los pacientes. Sin embargo, sin cirugía es usual que el tumor invada la base de la vejiga, nervios sacros y piso pélvico, con detrimento significativo en la calidad de vida; por tanto, es conveniente y aceptable su realización,^{3,5,9} especialmente si se lleva a cabo en centros especializados.

REFERENCIAS

1. Safioleas MC, Moulakakis KG, Stamatakis M, Kountouras J, Lygidakis NJ. Local recurrence following curative low anterior resection for rectal carcinoma. *Hepatogastroenterology* 2005; 52: 94-6.
2. Guyot F, Faivre J, Manfredi S, Meny B, Bonithon-Kopp C, Bouvier AM. Time trends in the treatment and survival of recurrences from colorectal cancer. *Ann Oncol* 2005; 16: 756-61.
3. Pfister DG, Benson AB III, Somerfield MR. Surveillance strategies after curative treatment of colorectal cancer. *N Eng J Med* 2004; 350: 2375-82.
4. Moore E, Heald RJ, Cecil TD, Sharpe GD, Sexton R, Moran BJ. Almost all five year disease free survivors are cured following rectal cancer surgery, but longer term follow-up detects some late local and systemic recurrences. *Colorectal Dis* 2005; 7: 403-5.
5. Rudmik LR, Buie D, Heine JA. Reoperation for intraluminal rectal cancer recurrence. *Dis Colon Rectum* 2005; 48: 1752-4.
6. Yamamoto S, Akasu T, Fujita S, Moriya Y. Postsurgical surveillance for recurrence of UICC stage I colorectal carcinoma: is follow-up by CEA justified? *Hepatogastroenterology* 2005; 52: 444-9.
7. Khalil el-SA, El-Zohairy M, El-Shahawy M. Sphincter sparing procedures: is it a standard for management of low rectal cancer. *J Egypt Natl Canc Inst* 2004; 16: 210-5.
8. Marr R, Birbeck K, Garvican J, et al. The modern abdominoperineal excision: the next challenge after total mesorectal excision. *Ann Surg* 2005; 242: 74-82.
9. Roncucci L. Local recurrences of rectal cancer. *Minerva Chir* 2005; 60: 167-78.

Dr. Heriberto Medina-Franco.

Dra. Miriam Nohemí García -Alvarez.

Dirección de Cirugía. Sección de Cirugía

Oncológica. Instituto Nacional de Ciencias Médicas

y Nutrición "Salvador Zubirán". Vasco de Quiroga

No. 15. Col. Sección XVI. Tlalpan. México, D.F. C.P. 14000.

LA ENFERMEDAD CELÍACA Y SU RELACIÓN CON HEPATOPATÍAS CRÓNICAS DE CAUSA NO DETERMINADA

Iacono OL, Petta S, Venezia G, et al. **Anti-tissue transglutaminase antibodies in patients with abnormal liver tests: Is it always coeliac disease?** *Am J Gastroenterol* 2005; 100: 1-6.

Objetivo: evaluar la prevalencia de enfermedad celíaca (EC) y el papel de los anticuerpos anti-transgluta-

minasa tisular recombinante humana (anti-tTG-RH) en pacientes con hipertransaminasemia crónica inexplicada. **Diseño:** serie de casos. **Sitio:** Hospital Universitario en Palermo, Italia. **Pacientes y métodos:** 168 de 2,512 pacientes con hepatopatía crónica fueron clasificados como portadores de hipertransaminasemia crónica inexplicada. A estos pacientes se les realizó biopsia hepática e IgA e IgG anti-tTG-RH. A los positivos se les hizo determinación de anticuerpos anti-endomisio (anti-EmA) y endoscopia con biopsias duodenales. **Resultados:** a 121 pacientes se les diagnosticó esteatohepatitis no alcohólica (EHNA), en seis con cirrosis asociada; mientras que 47 pacientes tuvieron hepatitis crónica criptogénica (HCC) en la biopsia hepática. Veinte de los 168 pacientes fueron positivos para anti-tTG-RH (3 IgA, 11 IgG y seis ambas IgA e IgG). La EC fue diagnosticada por biopsia intestinal sólo en los seis pacientes (3.6%) con resultados positivos tanto para IgG como para IgA anti-tTG-RH. Únicamente estos seis pacientes tuvieron anti-EmA positivo, cuatro de ellos tuvieron EHNA (3.3%, dos con cirrosis) y dos (4.2%) HCC. **Conclusiones:** la prevalencia de EC en pacientes con pruebas funcionales hepáticas anormales de etiología inexplicada es 4%. Se sugiere que el escrutinio para EC en estos pacientes se haga con IgG e IgA anti-tTG-RH y biopsias intestinales sólo en los pacientes positivos para ambos. **Comentario:** el advenimiento de nuevos marcadores serológicos con alta sensibilidad y especificidad, en especial la determinación de anticuerpos IgA e IgG anti-tTG-RH, han venido a cambiar la estrategia diagnóstica de la EC en forma radical.^{1,2} Estas pruebas han permitido identificar individuos sin los síntomas clásicos de malabsorción o asintomáticos con factores de riesgo³ y ahora estamos conociendo las prevalencias reales de la EC en diferentes poblaciones.⁴ En este estudio se demuestra que la EC está presente en 3.6% de pacientes con hepatopatía crónica inexplicada. Otros autores han informado que alrededor de 10% de HCC y 3.5% de EHNA se asocia a EC.⁵ La mayoría de los pacientes con un apego estricto a la dieta sin gluten bajan las transaminasas a niveles normales⁶ y esto, aunque aún no está confirmado, pudiera reducir el riesgo de complicaciones y la progresión de la enfermedad hepática. Estos datos confirman la importancia de buscar la EC en pacientes con enfermedad hepática crónica sin una etiología obvia. Debido a los resultados falsos negativos y positivos con IgA e IgG anti-tTG-RH, en este artículo se propone un algoritmo diagnóstico utilizando tanto IgA como IgG y además confirmando con IgA anti-EmA para seleccionar a los pacientes para biopsia duodenal. En

México ya se tiene disponibilidad de la prueba de IgA e IgG anti-tTG-RH en varios laboratorios clínicos. Además, parece ser que la EC es más frecuente en nuestro país de lo que pensábamos (datos aún no publicados). Por lo anterior, sería recomendable que se hicieran estudios de prevalencia de EC en pacientes mexicanos con hepatopatía crónica inexplicada, incluyendo EHNA, para poder definir si vale la pena incluir esta prueba en el protocolo de diagnóstico de estos pacientes.

REFERENCIAS

1. Abdulkarim AS, Murria JA. Review article: the diagnosis of coeliac disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 17: 987-95.
2. Rostom A, Dubé C, Cranney A, et al. The diagnostic accuracy of serologic tests for celiac disease: a systematic review. *Gastroenterology* 2005; 128: S38-46.
3. Green PH. The many faces of celiac disease: clinical presentation of celiac disease in the adult population. *Gastroenterology* 2005; 128: S74-78.
4. Fasano A, Berti I, Gerarduzzi T, et al. A multicenter study on the seroprevalence of celiac disease in the United States among both at risk and not at risk groups. *Arch Intern Med* 2003; 163: 286-92.
5. Bardella MT, Valenti L, Pagliari C, et al. Searching for coeliac disease in patients with non-alcoholic fatty liver disease. *Dig Liver Dis* 2004; 36: 333-6.
6. Kaukinen K, Halme L, Collin P, et al. Coeliac disease in patients with severe liver disease: gluten-free diet may reverse hepatic failure. *Gastroenterology* 2002; 122: 881-8.

Dr. Miguel Morales Arámbula
Hospital General de Occidente, S.S.
Guadalajara, Jal.

MÁS EXPERIENCIA ACUMULADA SOBRE LA ENTEROSCOPIA DE DOBLE BALÓN

Ell C, May A, Nachbar L, Cellier C, Landi B, Di Caro S, Gasbarrini A. **Push-and-pull enteroscopy in the small bowel using the double-balloon technique: results of a prospective european multicenter study.** *Endoscopy* 2005; 37: 613-16.

Objetivo: evaluar la factibilidad, seguridad e impacto clínico de la enteroscopia de doble balón. **Diseño:** serie de casos. **Sitio:** tres hospitales europeos de tercer nivel. **Pacientes y métodos:** se incluyeron 100 sujetos (edad promedio 56 años) con hemorragia recurrente del aparato digestivo (n = 64), síndromes de poliposis (n = 8), dolor abdominal (n = 7), probable Crohn (n = 7), diarrea crónica (n = 7) y otros diagnósticos (n = 7). Todos habían sido estudiados con esófago-gastro-duodenoscopia, colonoscopia, tomografía computarizada y endosonografía. La enteroscopia se hizo bajo sedación intravenosa en todos los casos excepto en uno en que se

empleó anestesia general. Se utilizó control radiológico durante las maniobras de rectificación y para confirmar la posición del instrumento. **Resultados:** se realizaron 147 enteroscopias en 100 pacientes (112 por vía oral y 35 por vía anal). La duración promedio fue de 75 minutos. Se observó un promedio de 200 cm de intestino delgado y se pudo revisar completo en 16 pacientes (dos por vía oral y 14 con la combinación oral y anal). El procedimiento detectó lesiones en 72 casos y fue normal en 28 pacientes. Se realizaron procedimientos terapéuticos en 42 casos. No hubo complicaciones mayores asociadas al procedimiento y 12 pacientes tuvieron efectos adversos leves (dolor abdominal, malestar faríngeo, fiebre transitoria, vómito). El procedimiento determinó el manejo subsecuente en 62% de los enfermos. **Conclusiones:** la enteroscopia de doble balón parece ser un procedimiento factible y seguro con importante repercusión clínica en pacientes con sospecha de enfermedades del intestino delgado. **Comentario:** el enteroscopia de doble balón (Fujinon EN P5/P20, Fujinon Inc. Japón) es un instrumento de alta resolución de 200 cm de longitud, con canal de trabajo de 2.2 mm y diámetro externo de 8.5 mm que se acopla a un sobretubo. Tanto el enteroscopia como el sobretubo llevan globos de látex en las puntas que se inflan y desinflan coordinadamente con una bomba automática. Este proceso se repite hasta lograr la máxima inserción en el intestino delgado. Los primeros procedimientos fueron informados por Yamamoto y cols. en 2001¹ y por May y cols. en 2003.² Este trabajo informa la primera experiencia multicéntrica europea. En fecha muy reciente se han publicado los resultados de otras series con mayor número de procedimientos.³⁻⁵ La enteroscopia de doble balón ha mostrado ser una tecnología prometedora y excitante. En los pacientes con hemorragia de origen oscuro parece tener mayor capacidad diagnóstica que otras modalidades diagnósticas, permitiendo además el uso de métodos terapéuticos. Algunas desventajas incluyen una duración relativamente prolongada, la necesidad de sedación, el entrenamiento adicional del personal médico, la necesidad de fluoroscopia y elevado costo del equipo que hasta ahora es producido por una sola empresa. El presente es un estudio descriptivo con las limitaciones propias de una serie de casos. A pesar de que existen muy pocas comparaciones con otros procedimientos diagnósticos y de que aún faltan buenos análisis de costo efectividad, los datos publicados hasta ahora muestran que es una herramienta segura, con buena capacidad diagnóstica y terapéutica en los trastornos del intestino delgado.

REFERENCIAS

1. Yamamoto H, Sekine Y, Sato Y, et al. Total enteroscopy with a nonsurgical steerable double-balloon method. *Gastrointest Endosc* 2001; 53: 216-20.
2. May A, Nachbar L, Wardak A, et al. Double-balloon enteroscopy: preliminary experience in patients with obscure gastrointestinal bleeding or chronic abdominal pain. *Endoscopy* 2003; 35: 985-91.
3. May A, Nachbar L, Ell C. Double-balloon enteroscopy (push-and-pull enteroscopy) of the small bowel: feasibility and diagnostic and therapeutic yield in patients with suspected small bowel disease. *Gastrointest Endosc* 2005; 62: 62-70.
4. Yamamoto H, Kita H, Sunada K et al. Clinical outcomes of double-balloon endoscopy for the diagnosis and treatment of small-intestinal diseases. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2004; 2: 1010-6.
5. Gerson L. Double-balloon enteroscopy: the new gold standard for the small-bowel imaging? *Gastrointest Endosc* 2005; 62: 71-5.

Dr. Ángel Andrés Reyes Dorantes
Jefe del Departamento de Endoscopia
Hospital Central Militar, México, D.F.

¿ES IMPORTANTE BUSCAR REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES CON DISPEPSIA FUNCIONAL?

Tack J, Caenepeel P, Arts J, et al. **Prevalence of acid reflux in functional dyspepsia and its association with symptom profile.** *Gut* 2005; 54: 1370-6.

Objetivo: determinar la prevalencia del reflujo gastroesofágico (RGE) y su relación con patrones de síntomas en pacientes con dispepsia funcional (DF). **Diseño:** casos y controles. **Sitio:** Hospital Universitario en Bélgica. **Pacientes:** se estudiaron pacientes consecutivos atendidos por primera vez con DF (Roma II). Se excluyeron pacientes con esofagitis, gastropatía atrofica, erosiones gastroduodenales, pirosis como síntoma predominante, historia de úlcera, cirugías abdominales, enfermedad psiquiátrica e infección por *Helicobacter pylori*. **Métodos:** se aplicó un cuestionario de síntomas de dispepsia y otro para síntomas de RGE. Posteriormente se practicó pHmetría esofágica de 24 horas, vaciamiento gástrico mediante prueba de aliento con ácido ¹³C-octanoico, sensibilidad visceral y acomodación gástrica con barostato. Los pacientes se dividieron entre DF con y sin pirosis. Se analizó la relación de este síntoma con la pHmetría y regresión logística para identificar la asociación entre pH anormal, pirosis, síntomas dispépticos, intensidad de los síntomas y mecanismos fisiopatológicos. **Resultados:** Se encontró pHmetría anormal en 76% de los pacientes con DF y pirosis en comparación con sólo 18% de aquellos con DF sin pirosis. Sin embargo, la pHmetría anormal en DF sin pirosis se asoció más frecuentemente con dolor epigástrico y

mayor intensidad del mismo. No hubo relación con las demás variables. **Conclusiones:** el RGE se presenta en un subgrupo pequeño de DF sin pirosis, pero se asocia con mayor prevalencia y intensidad del dolor epigástrico. **Comentarios:** los resultados de la mayor prevalencia de epigastralgia en los pacientes con DF sin pirosis, pero pHmetría anormal, tiene importantes implicaciones clínicas en el manejo de la DF. Además concuerdan con los hallazgos de otros estudios que han reportado que los pacientes con DF con predominio de dolor son los que más responden al tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP).¹⁻² Estos datos sugieren que la razón de la mayor respuesta a los IBP en este subgrupo de DF, puede estar en relación con la eficacia conocida de estos medicamentos sobre el RGE³ y si bien no se pueden descartar otras causas del dolor epigástrico en DF tales como hipersensibilidad visceral,⁴ se deben realizar ensayos que evalúen al dolor epigástrico como predictor de la respuesta a los IBP en DF.

REFERENCIAS

1. Talley NJ, Meineche-Schmidt V, Pare P, et al. Efficacy of omeprazole in functional dyspepsia: double-blind, randomized, placebo-controlled trials (the Bond and Opera studies). *Aliment pharmacol Ther* 1998; 12: 1055-65.
2. Carlsson R, Dent J, Bolling-Sternevald E, et al. The usefulness of a structured questionnaire in the assessment of symptomatic gastroesophageal reflux disease. *Scand J Gastroenterol* 1998; 33: 1023-9.
3. Tytgat GN. Review article: management of mild and severe gastroesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 17(Suppl. 2): 52-6.
4. Schmulson M, Mayer EA. Gastrointestinal sensory abnormalities in functional dyspepsia. *Bailliere's Clin Gastroenterol* 1998; 12: 545-56.

Max J. Schmulson W., MD
Profesor Titular de Medicina
Facultad de Medicina
Universidad Nacional Autónoma de México
(UNAM)
Departamento de Medicina Experimental
Hospital General de México