

ECOS DE LA GASTROENTEROLOGÍA

ENSAYO CONTROLADO Y ALEATORIZADO DE ESOMEPRAZOL EN PACIENTES CON DISPEPSIA FUNCIONAL CON DOLOR O ARDOR EN EPIGASTRIO: ¿PUEDE UNA PRUEBA DE SUPRESIÓN DEL ÁCIDO DE UNA SEMANA PREDECIR LA RESPUESTA SINTOMÁTICA?

Talley NJ, Vakil N, Lauritsen K, et al. **Randomized-controlled trial of esomeprazole in functional dyspepsia patients with epigastric pain or burning: does a 1-week trial of acid suppression predict symptom response?** *Aliment Pharmacol Ther* 2007; 26: 673-82.

Objetivo: evaluar si la respuesta al tratamiento de una semana con esomeprazol (ESO) es útil para predecir la respuesta al final del tratamiento de ocho semanas en pacientes con dispepsia funcional (DF). **Diseño:** ensayo clínico controlado comparativo con placebo. **Sitio:** estudio multicéntrico internacional. **Pacientes y métodos:** se incluyeron pacientes adultos con dolor o ardor en epigastrio de ≥ 3 meses, con endoscopia normal, con o sin infección por *Helicobacter pylori*. Se excluyeron aquellos con síntomas de reflujo, con tratamiento previo de erradicación de la bacteria, que hubieran recibido antisecretorios o antiinflamatorios no esteroideos. Luego de dos semanas de observación basal, los pacientes fueron sorteados para recibir una semana de tratamiento con ESO 40 mg/día, 80 mg/día o placebo. Al término de esta semana fueron sorteados nuevamente para continuar tratamiento por siete semanas con ESO 40 mg/día o placebo. Los síntomas fueron evaluados al inicio y término de cada fase del tratamiento y se consideraron respondedores aquellos asintomáticos o con síntomas leves. **Resultados:** se incluyeron 1,589 pacientes. La proporción de respondedores en la primera semana fue de 33%, 29% y 23% con ESO 40 mg/día, ESO 80 mg/día y placebo respectivamente. Luego de ocho semanas la proporción de respondedores fue mayor entre los pacientes que tomaron ESO 40 mg/día en comparación con placebo (39% vs. 29%, $p = 0.015$). El tratamiento inicial con ESO (40 u 80 mg/día) tuvo una sensibilidad de 46%, especificidad de 80%, valor predictivo positivo de 60% y valor predictivo negativo de 69% para detectar respondedores luego de ocho semanas de tratamiento. **Conclusiones:** la prueba de supresión de ácido con ESO por una semana no es útil para predecir la respuesta sintomática de pacientes con dolor o ardor en epigastrio sin lesiones detectadas por endoscopia. **Comentario:** las diferentes alternativas terapéuticas disponibles para la DF son aún deficientes.¹ Un metaanálisis que incluyó

más de 3 mil pacientes con DF tratados con inhibidores de bomba de protones (IBP) demostró ser más eficaz que el placebo para el alivio y desaparición de los síntomas con una ganancia terapéutica de 10% y un número necesario a tratar de 9.² En forma similar, el presente estudio demostró que el ESO por ocho semanas alivia a cuatro de cada 10 pacientes, 10% más que el placebo. Ya que no todos los pacientes lograrán alivio de sus síntomas, resulta tentador buscar indicadores que permitan identificar tempranamente a quienes responderán al tratamiento prolongado. Estos autores demuestran que la capacidad de la prueba de supresión de ácido para identificar correctamente a los respondedores es baja aunque es un poco mejor para identificar en forma correcta a los sujetos que no responderán. Es posible que la infección por *Helicobacter pylori* modifique la respuesta al tratamiento y aunque los autores mencionan que el comportamiento fue similar tanto en los infectados como en los no infectados, el análisis por grupos a las ocho semanas mostró mejor respuesta en los portadores de la infección. Debemos aceptar que por el momento no existe sustento para emplear un tratamiento corto con ESO como “prueba terapéutica” aunque la evidencia disponible indica que IBP son útiles para aliviar el dolor epigástrico en los pacientes con DF.³

REFERENCIAS

1. Carmona-Sánchez R. Dispepsia: nuevos conceptos en las estrategias diagnósticas y terapéuticas. En: Valdovinos-Díaz MA, Valdovinos-Andraca F, Castro-Narro G, Uribe-Esquivel M, (eds.). Nuevas fronteras en gastroenterología, hepatología y endoscopia gastrointestinal. 1a Ed. México: Elsevier; 2007, p. 71-89.
2. Moayyedi P, Delaney BC, Vakil N, Forman D, Talley NJ. The efficacy of proton pump inhibitors in nonulcer dyspepsia: A systematic review and economic analysis. *Gastroenterology* 2004; 127: 1329-37.
3. Saad RJ, Chey W. Review article: current and emerging therapies for functional dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther* 2006; 24: 475-92.

Dr. Ramón Carmona-Sánchez
Servicio de Gastroenterología
Departamento de Medicina Interna
Centro Médico del Potosí-Hospital Ángeles
San Luis Potosí, SLP.

COMPARACIÓN DE LA EVOLUCIÓN FUNCIONAL Y QUIRÚRGICA DEL RESERVORIO EN J LAPAROSCÓPICO CONTRA ANASTOMOSIS DIRECTA EN LA RESECCIÓN TOTAL DEL CÁNCER RECTAL BAJO

Liang JT, Lai HS, Lee PH, Huang KC. **Comparison of functional and surgical outcomes of laparoscopic-assisted colonic J-Pouch versus straight reconstruc-**

tion alter total mesorectal excision for lower rectal cancer. *Ann Surg Oncol* 2007; 14: 1972-79.

Objetivo: comparar resultados de anastomosis directa contra reservorio en J después de resección laparoscópica de cáncer de recto. **Diseño:** estudio clínico prospectivo y aleatorio. **Sitio:** Hospital Universitario Nacional de Taiwan, China. **Pacientes y métodos:** se incluyeron aquellos con cáncer de recto por debajo de la reflexión peritoneal sometidos a cirugía electiva con intento curativo por vía laparoscópica y candidatos a preservación del esfínter. Se excluyeron pacientes con metástasis a distancia o invasión del cáncer a otros órganos, así como pacientes con índice de masa corporal $> 35 \text{ kg/m}^2$ o aquellos sometidos a quimiorradioterapia o con incontinencia fecal preoperatorias. Los pacientes fueron aleatorizados a reconstrucción con anastomosis directa término-terminal o reservorio en J. **Resultados:** se aleatorizaron 48 pacientes, 24 en cada grupo. La función anorrectal de los pacientes con reservorio en J fue mejor que en aquellos con anastomosis directa a tres meses posquirúrgicos, evaluada por frecuencia de evacuaciones (4.0 ± 2.0 vs. 7.0 ± 2.4 veces/día, $p < 0.001$); uso de antidiarreicos (29.2% vs. 75%; $p = 0.004$) e irritación perineal (45.8% vs. 79.2%, $p = 0.037$). El grupo de pacientes con reservorio en J regresaron más rápidamente al trabajo ($p < 0.001$). El tiempo quirúrgico fue significativamente mayor para el grupo de reservorio en J (274.4 ± 34 vs. 202.0 ± 28.0 minutos; $p < 0.001$). La tasa de complicaciones no fue diferente entre ambos grupos (16.7% grupo reservorio en J vs. 12.5% anastomosis directa). No se presentó fístula de la anastomosis en ninguno de los grupos. **Conclusiones:** el reservorio en J permite una mejor función anorrectal a corto plazo sin incrementar la morbilidad por lo que debe ser el método de reconstrucción utilizado después de resección laparoscópica de cáncer de recto. **Comentario:** la cirugía laparoscópica para el tratamiento del cáncer de colon ha demostrado brindar los beneficios de la cirugía de mínima invasión sin afectar el pronóstico desde el punto de vista oncológico. Sin embargo, los resultados a largo plazo para cáncer de recto se hayan menos establecidos. Recientes meta-análisis de cirugía laparoscópica vs. abierta para cáncer de recto han demostrado que el tiempo para inicio de función del estoma, para inicio de dieta sólida y la estancia hospitalaria se ven significativamente reducidos después de cirugía laparoscópica.¹ Un punto de controversia ha sido el mejor método de reconstrucción después de la resección anterior baja de recto. Algunos estudios han informa-

do la superioridad funcional de la construcción del reservorio^{2,3} e inclusive han demostrado mejoría en la calidad de vida.⁴ Sin embargo, otros estudios controlados han encontrado que la superioridad del reservorio en J sólo se mantiene en el corto plazo.⁵ Desde la primera serie publicada de reservorio en J por vía laparoscópica,⁶ el presente es el primer estudio prospectivo y controlado que compara nuevamente las dos técnicas de reconstrucción con cirugía de mínima invasión, confirmando la superioridad funcional de la construcción del reservorio. Si bien existen estudios que han demostrado que la coloplastia transversa brinda resultados funcionales similares al reservorio en J,⁷ la dificultad técnica de éste último con cirugía de mínima invasión, parece favorecer a la creación del reservorio en J como el método de elección para la reconstrucción después de resección anterior baja de recto por vía laparoscópica.

REFERENCIAS

1. Aziz O, Constantinides V, Tekkis PP, et al. Laparoscopic versus open surgery for rectal cancer: a meta-analysis. *Ann Surg Oncol* 2006; 13: 413-24.
2. Lazorthes F, Chiotasso P, Gamagami RA, et al. Late clinical outcomes in a randomized prospective comparison of colonic J pouch and straight coloanal anastomosis. *Br J Surg* 1997; 84: 1449-51.
3. Hallböök O, Philman L, Krog M, et al. Randomized comparison of straight and colonic J pouch anastomosis after low anterior resection. *Ann Surg* 1996; 224: 58-65.
4. Sailer M, Fuchs KH, Fein M, Thiede A. Randomized clinical trial comparing quality of life after straight and pouch coloanal reconstruction. *Br J Surg* 2002; 89: 1108-17.
5. Ho YH, Seow-Choen F, Tan M. Colonic J-pouch function at six months versus straight coloanal anastomosis at two years: randomized controlled trial. *World J Surg* 2001; 25: 876-81.
6. Chung CC, Ha JP, Tsang WW, et al. Laparoscopic-assisted total mesorectal excision and colonic J-pouch reconstruction in the treatment of rectal cancer. *Surg Endosc* 2001; 15: 1098-101.
7. Pimentel JM, Duarte A, Gregório C, et al. Transverse-coloplasty pouch and colonic J-pouch for rectal cancer-a comparative study. *Colorectal Dis* 2003; 5: 465-70.

Dr. Heriberto Medina-Franco

Dirección de Cirugía

Sección de Cirugía Oncológica

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición

"Salvador Zubirán"

EL PAPEL DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTESTINAL EN EL TRATAMIENTO DE FALLA HEPÁTICA AVANZADA

Torres C, Sudan D, Vanderhoof J, et al. **Role of an intestinal rehabilitation program in the treatment of advanced intestinal failure.** *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2007; 45: 204-12.

Objetivo: analizar la evolución de niños con insuficiencia intestinal (II) con un programa de rehabilitación intestinal (PRI). **Diseño:** serie de casos. **Sitio:** Hospital Universitario en Omaha, Nebraska. **Pacientes y métodos:** estudiaron 51 pacientes con edad media de 1.7 años (0.4 a 15 años) dependientes de nutrición parenteral (NP), con diagnósticos de gastrosquisis, enterocolitis necrosante, vólvulus y atresia intestinal congénita, con longitud intestinal media del intestino delgado 35 cm. Treinta y seis pacientes presentaron daño hepático con cirrosis, fibrosis en puente portal y periportal. En todos se midió talla, desviación z de peso, plaquetas, albúmina y bilirrubinas al inicio y al final del estudio. **Resultados:** de los 51 pacientes, 29 fueron sometidos a cirugías de elongación intestinal con enteroplastia transversa y procedimiento de Bianchi. Veintiuno de 36 pacientes con hiperbilirrubinemia normalizaron la bilirrubina. Diez pacientes requirieron trasplante intestinal: cinco fallecieron de septicemia, influenza o complicaciones postrasplante. En 31 se pudo suspender la NP (cinco con cirrosis) y seis pacientes estaban en proceso de destete. La sobrevivencia de pacientes en PRI fue de 90% con crecimiento adecuado. **Conclusiones:** un manejo temprano agresivo con PRI, que puede incluir un tratamiento quirúrgico, mejora considerablemente el pronóstico de niños con II y evita realizar trasplante intestinal. **Comentario:** el manejo de la II presente después de resecciones amplias y defectos congénitos está dirigido a lograr una rehabilitación intestinal. La NP prolongada cambió el pronóstico de niños con síndrome de intestino corto en las últimas décadas, pero también se ha acompañado de complicaciones a largo plazo, como insuficiencia intestinal con enfermedad hepática asociada, sepsis recurrente por infección de catéteres y dificultad en los accesos venosos.¹ Este trabajo informa una experiencia con resultados muy favorables en niños con intestino corto e II, en el que un PRI con procedimientos quirúrgicos mejora el pronóstico. Este programa y el de otros²⁻⁴ incluyen un manejo nutricional adecuado, con NP y nutrición enteral con fórmulas elementales en un principio y posteriormente alimentos ricos en proteínas y grasas, uso de soluciones de electrolitos orales para mantener hidratación y balance de líquidos y electrolitos, manejo de sobrecrecimiento bacteriano con antibióticos y prebióticos, suplementos de fibra soluble y de ácidos grasos cortos, hormona de crecimiento y otros factores tróficos, así como opciones quirúrgicas pero no trasplante. Torres² refiere experiencia con enteroplastia transversa y procedimiento de Bianchi. Duggan⁶ informó su experiencia con enteroplastia transversa seriada con mejoría clínica y nutricional. Hosie

reportó experiencia favorable en 49 niños con procedimientos de elongación de intestino.⁷ Las indicaciones de trasplante intestinal solo o con trasplante hepático son la insuficiencia hepática por NP prolongada, trombosis de dos o más venas centrales, dos o más episodios de sepsis asociada a infección de catéter por año que requieran de hospitalización, choque séptico o insuficiencia respiratoria y episodios frecuentes de deshidratación a pesar de administración de líquidos intravenosos. El objetivo de la PRI es un manejo temprano en centros especializados antes del desarrollo de enfermedad hepática crónica avanzada.

REFERENCIAS

1. Gupte GL, Beath SV, Kelly DA, Millar AJW, Booth IW. Current issues in the management of intestinal failure. *Arch Dis Child* 2006; 91: 259-64.
2. Torres C, Sudan D, Vanderhoof J, Grant W, Botha J, Raynor A, et al. Role of an intestinal rehabilitation program in the treatment of advanced intestinal failure. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2007; 45: 204-12.
3. Goulet O, Ruemmele F. Causes and management of intestinal failure in children. *Gastroenterology* 2006; 130(Suppl 1): S16-S28.
4. Wessel JJ, Kocoshis SA. Nutritional management of infants with short bowel syndrome. *Semin Perinatol* 2007; 31: 104-11.
5. Diamond IR, de Silva N, Pencharz PB, Kim JH, Wales PW. Group for the Improvement of Intestinal Function and Treatment Neonatal short bowel syndrome outcomes after the establishment of the first Canadian multidisciplinary intestinal rehabilitation program: preliminary experience. *J Pediatr Surg* 2007; 42: 806-11.
6. Duggan C, Piper H, Javid PJ, Valim C, Collier S, Kim HB, et al. Growth and nutritional status in infants with short bowel syndrome after the serial transverse enteroplasty procedure. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2006; 4: 1237-41.
7. Hosie S, Loff S, Wirth H, Rapp HJ, von Buch C, Waag KL. Experience of 49 longitudinal intestinal lengthening procedures for short bowel syndrome. *Eur J Pediatr Surg* 2006; 16: 171-5.

Dra. Solange Heller-Rouassant

Jefe del Departamento de Gastroenterología y Nutrición

Hospital Infantil de México Federico Gómez

LIGADURA SIN RESECCIÓN (LIGADURA ENDOSCÓPICA DE LA MUCOSA) COMO NUEVO MÉTODO DE ABLACIÓN DEL EPITELIO DE BARRETT: RESULTADOS DE UN ESTUDIO PILOTO

Díaz-Cervantes E, De la Torre-Bravo A, Spechler SJ, et al. **Banding Without Resection (Endoscopic Mucosal Ligation) as a Novel Approach for the Ablation of Short-Segment Barrett's Epithelium: Results of a Pilot Study.** *Am J Gastroenterol* 2007; 102: 1640-5.

Objetivo: evaluar la seguridad y eficacia de la ligadura sin resección utilizando un ligador de várices eso-

fágicas para erradicar el epitelio de Barrett (EB). **Diseño:** estudio prospectivo, controlado y comparativo. **Sitio:** Unidad de Gastroenterología, endoscopia y motilidad del Hospital San José, Zacatecas, Zac. **Pacientes y métodos:** entre abril 2004 y septiembre 2005, 30 pacientes con EB fueron tratados mediante ligadura del EB sin resección más omeprazol 60 mg/día (grupo con ligadura). Las ligaduras se repitieron cada mes hasta obtener la erradicación completa (endoscópica e histológica) del EB. Otro grupo de 30 pacientes portadores de EB recibieron únicamente omeprazol y fueron seguidos con endoscopia e histología anualmente (grupo de no ligadura). Se excluyeron pacientes con estenosis esofágica, deformidad del esófago o con procedimiento ablativo previo. **Resultados:** en el grupo de ligadura se incluyeron 29 pacientes con EB de segmento corto (EBSC) y un paciente con segmento largo mientras que en el grupo control todos tenían EBSC. En el grupo de ligadura se obtuvo erradicación completa en 29 pacientes (97%) tras un seguimiento de 16.9 meses. El EB persistió en todos los pacientes del grupo control ($p < 0.0005$). El número total de ligas aplicadas por paciente fue de 6.1 (rango 1-14) y el promedio de sesiones para conseguir erradicación completa fue de 3 (1-7). Los efectos adversos incluyeron mínimo dolor y leve disfagia transitorios. Ningún paciente presentó estenosis ni requirió dilataciones. **Conclusiones:** la ligadura del epitelio de Barrett sin resección parece ser una técnica efectiva, simple, segura y ampliamente disponible. **Comentario:** el EB es la condición en la cual un epitelio de tipo intestinal reemplaza el epitelio escamoso del esófago distal dañado por el reflujo ácido y constituye el principal factor de riesgo para adenocarcinoma.^{1,2} Los endoscopistas han usado diversas terapias ablativas que son costosas, potencialmente peligrosas, requieren entrenamiento y no se encuentran universalmente disponibles. Aún las técnicas de ablación pueden fallar en erradicar el EB y a menudo dejan remanentes de epitelio metaplásico.³ Weston y col.⁴ han informado efectos adversos de la ablación térmica que incluyen la generación de mucosa ectópica sepultada bajo el nuevo epitelio escamoso, el desarrollo de displasia de bajo y alto grado, así como un desarrollo y crecimiento oculto de adenocarcinomas. La resección endoscópica de la mucosa tiene su aplicación ideal en la neoplasia intraepitelial o cáncer intramucoso pero se requiere de múltiples sesiones para lograr la resección circunferencial de todo el epitelio de Barrett, lo que implica múltiples sesiones, necesidad de dilataciones en más de 70% de los casos e incluso resección esofágica en 1 de 10 pacientes. Por el contrario, la

ligadura del EB sin resección y desprendimiento espontáneo, conduce a la eliminación del EB al parecer en ausencia de complicaciones. La ligadura del EB se acerca a las características de un procedimiento ablativo ideal por ser económica, simple, segura y fácilmente disponible, además que evita el desarrollo de Barrett sepultado o residual por ser un método mecánico. Al prescindir de la resección de la mucosa se reducen las posibilidades de hemorragia, perforación, estenosis y necesidad de dilataciones. A pesar de estas ventajas, por el momento no se recomienda la ablación del epitelio de Barrett no displásico, excepto en el curso de un protocolo de investigación. Se requieren más estudios antes de recomendar esta técnica en población abierta.

REFERENCIAS

1. Spechler SJ. Laser photoablation of Barrett's epithelium: burning issues about burning tissues. *Gastroenterology* 1993; 104: 1855-8.
2. Cameron AJ. Epidemiology of columnar-lined esophagus and adenocarcinoma. *Gastroenterol Clin North Am* 1997; 26: 487-94.
3. Urosevic P, Kiroff GK. Ablation of Barrett's epithelium: the promise and the problems. *Dis Esophagus* 2002; 15: 30-8.
4. Weston AP, Sharma P, Banerjee S, Mitreva D, Mathur S. Visible endoscopic and histologic changes in the cardia, before and after complete Barrett's esophagus ablation. *Gastrointest Endosc* 2005; 61: 515-21.

Dr. Edgardo Díaz-Cervantes

Unidad de Gastroenterología, Endoscopia y Motilidad

Hospital San José
Zacatecas, Zac.

DIAGNÓSTICO REALIZADO POR ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO (USE) EN PANCREATITIS CRÓNICA: ESTUDIO COMPARATIVO CONTRA HISTOPATOLOGÍA

Ho Chong AK, Hawes RH, Hoffman BJ, et al. **Diagnostic performance of EUS for chronic pancreatitis: a comparison with histopathology.** *Gastrointest Endosc* 2007; 65: 808-14.

Objetivo: investigar la correlación entre ultrasonido endoscópico (USE) e histopatología en pacientes con sospecha de pancreatitis crónica (PC). **Diseño:** estudio retrospectivo de casos. **Sitio:** Universidad de Carolina del Sur. **Material y métodos:** se identificaron todos los pacientes sometidos a cirugía por sospecha de PC durante un periodo de ocho años. Se incluyeron aquellos que contaban con USE el año previo a la cirugía. El número de criterios ecosonográficos para PC fueron com-

parados con la escala de puntuación de fibrosis (PF) en el tejido pancreático obtenido mediante cirugía. Se definieron nueve criterios por USE: cuatro del parénquima pancreático (focos hiperecoicos, bandas, quistes y lobulaciones) y cinco ductales (irregularidad, dilatación o paredes hiperecoicas del conducto principal, ramas laterales y calcificaciones ductales). Todas las muestras pancreáticas fueron revisadas el mismo patólogo que desconocía los hallazgos del USE. Una PF de 0 a 1 se consideró normal, de 2-6 significaba insuficiencia pancreática leve y > 7 se diagnosticó PC grave. **Resultados:** se incluyeron 71 pacientes con sospecha de PC, 38 mujeres, con edad promedio de 45 años. Del total de pacientes 64 (90%) tenían una PF > 2 y se dividieron en dos grupos: el grupo de calcificaciones por USE, de los cuales 93% presentaban cambios histológicos significativos y el grupo sin calcificaciones por USE, de los cuales 88% presentaban cambios histológicos significativos. La correlación entre el número de criterios por USE y la puntuación de fibrosis presentó un valor estadístico bajo pero significativo ($R = 0.40$ $P = 0.01$). Tres o más criterios ofrecen el mejor balance de sensibilidad (83.3%) y especificidad (80.0%) para predecir anormalidad histológica. **Conclusiones:** el USE es de gran utilidad en pacientes con PC y la presencia de tres o más criterios sonográficos establece una alta posibilidad de fibrosis pancreática. **Comentario:** la pancreatitis crónica se define por la presencia de un daño irreversible del páncreas con evidencia histológica de inflamación, fibrosis y destrucción de las células acinares y de los islotes de Langerhans.¹ Los estudios de imagen (radiografías simples de abdomen, tomografía computada, resonancia magnética y colangio-pancreatografía endoscópica), así como la estimulación de secretina son herramientas útiles en el diagnóstico de PC, pero el USE ha venido a revolucionar el diagnóstico en pacientes con patología pancreática. Al poder obtener tejido pancreático mediante biopsia con aguja fina (BAF), el USE ha incrementado exponencialmente su uso y ha ayudado a establecer estrategias diagnósticas y de tratamiento.¹ Existen nueve criterios ecosonográficos dentro de los cuales la presencia de focos hiperecoicos, bandas y lobulaciones se encuentran en casi la totalidad de los pacientes y la presencia de calcificaciones ductales sólo se observa en 20 a 30% de los enfermos con PC. Este artículo demuestra que la correlación entre el USE y los hallazgos histológicos es significativa, siendo este método de imagen sensible y específico en pacientes con puntuación de fibrosis > 2 .²⁻⁴ Algunos expertos consideran que el diagnóstico histológico es imprescindible en esta enfermedad y el USE

con BAF es de gran ayuda en el diagnóstico. Aunque en gran parte de nuestro país no se cuenta con esta herramienta diagnóstica, ésta se debe realizar en todo paciente con sospecha de PC en aquellos centros donde se cuente con ella.^{5,6}

REFERENCIAS

1. Forsmark CE. The diagnosis of chronic pancreatitis. *Gastrointest Endosc* 2000; 52: 293-8.
2. Sahai AV. EUS and chronic pancreatitis. *Gastrointest Endosc* 2002; 56(Suppl. 4): S76-S81.
3. Zuccaro G, Conwell DL, Vargo JJ, et al. The role of endoscopic ultrasound in the diagnosis of early and advanced chronic pancreatitis. *Gastroenterology* 2000; 118: A674.
4. Bajaj S. USE Diagnosing chronic pancreatitis: the enemy of "good" is "better". *Gastrointest Endosc* 2007; 65: 815-8.
5. Fasanella KE. Pain in chronic pancreatitis and pancreatic cancer. *Gastroenterol Clin North Am* 2007; 36: 335-64.
6. Fritscher-Ravens A. Future therapeutic indications for endoscopic ultrasound. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2005; 15: 189-208.

Dr. Felipe Zamarripa-Dorsey
Gastroenterólogo y Endoscopista del Aparato Digestivo
Jefe de la Unidad de Fisiología Digestiva
Hospital Ángeles de las Lomas

EXCESO EN EL ÍNDICE DE MORTALIDAD EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIRUS C DE LA HEPATITIS: UN ESTUDIO PROSPECTIVO

Keith R Neal, on behalf of the Trent Hepatitis C Study Group. **Excess mortality rates in a cohort of patients infected with the hepatitis C virus: a prospective study.** *Gut* 2007; 56: 1098-104.

Objetivo: comparar la mortalidad de pacientes con hepatitis C con la población general. **Diseño:** estudio de cohortes. **Sitio:** Hospital de 2do nivel en Trent, Inglaterra. **Pacientes y métodos:** se incluyeron 2,285 pacientes con infección por VHC sin coinfección por HIV, hemofilia o insuficiencia renal crónica que fueron seguidos por al menos un año. Se excluyeron quienes murieron durante el primer año del estudio. La mortalidad fue comparada con estándares para edad y sexo en población inglesa. Se realizó análisis de regresión de Cox para identificar factores de riesgo asociados. **Resultados:** hubo 180 muertes, tres veces más de lo esperado en la población general. El exceso de muertes estuvieron relacionadas con hepatopatía (en > 40 años) y hábitos de drogadicción (de 20 a 39 años). Los factores asociados

incluyeron: edad, género, grado de fibrosis, tratamiento (como factor protector) y consumo de alcohol. La infección por VHC se mencionó en 23% de los certificados de defunción general y en 52% de los que murieron por hepatopatía. **Conclusiones:** la mortalidad en estos pacientes es tres veces mayor de la esperada, los certificados de defunción no reflejan la prevalencia de la enfermedad. **Comentario:** los resultados en el presente estudio son similares a los informados por Amin y cols.¹ en 79,000 australianos infectados por el VHC en quienes se observó un aumento en la mortalidad entre individuos jóvenes con la infección secundaria a hábitos relacionados con la drogadicción endovenosa. Es difícil transporlar estos hallazgos a nuestra población ya que no contamos con datos oficiales en este grupo de riesgo. El aumento en la mortalidad relacionada a causas hepáticas específicamente para nuestra población ha sido previsto por Méndez-Sánchez y cols.² De acuerdo a datos oficiales, las enfermedades hepáticas crónicas fueron la tercera causa de mortalidad general y segunda en población en edad productiva (entre los 15 y los 64 años) en 2005, ascendiendo un lugar en relación al año previo.³ En cuanto a la etiología de la cirrosis en México, 75% de los casos detectados en nuestro país se deben tanto a alcohol, cuya prevalencia que se ha mantenido constante desde 1970, como a hepatitis C.⁴ Existe evidencia favo-

nable en relación al beneficio de recibir tratamiento⁵ independientemente de los resultados, aunque es difícil determinar si también interviene una mayor autoconciencia sobre el cuidado de la salud en este subgrupo de pacientes. Ante toda esta evidencia y considerando los problemas médicos y económicos que representa el tratamiento de la hepatitis C crónica, la prevención de este padecimiento continúa teniendo un lugar preponderante.

REFERENCIAS

1. Amin J, Law MG, Bartlett M, et al. Causes of death alter diagnosis of hepatitis B or hepatitis C infection: a large community-based linkage study. *Lancet* 2006; 368: 938-45.
2. Méndez-Sánchez N, Villa AR, Chávez-Tapia NC, et al. Trends in liver disease prevalence in México from 2005 to 2050 through mortality data. *Ann Hepatol* 2005; 4: 52-5.
3. Sistema Nacional de Información en Salud. Principales causas de mortalidad general. Septiembre 5, 2007. Disponible en: www.salud.gob.mx/apps/htdocs/estadisticas/mortalidad
4. Méndez-Sánchez N, Aguilar-Ramírez JR, Reyes A, et al. Etiology of liver cirrhosis in Mexico. *Ann Hepatol* 2004; 3: 30-3.
5. Veldt BJ, Saracco G, Boyer N, et al. Long term clinical outcome of hepatitis C patients with sustained virological response to interferon monotherapy. *Gut* 2004; 53: 1504-08.

Dra. Ma. Sarai González-Huezo
Centro Médico ISSEMYM
Metepéc, Edo. de Méx.