

● SEGUIMIENTO DE LESIONES HEPÁTICAS PEQUEÑAS EN PACIENTES CON CÁNCER

Podría ser realizado adecuadamente con ecografía.

Nueva York, EE.UU.

Es frecuente la detección de lesiones hepáticas pequeñas mediante la tomografía computarizada de abdomen. La ecografía permite completar la evaluación de estas imágenes y su evaluación periódica en los pacientes con enfermedades neoplásicas.

[Journal of Ultrasound in Medicine 22(4):335- 343, Abr 2003 - SIIC]

La tomografía computarizada (TC) es actualmente el principal examen para la estadificación inicial y seguimiento de los pacientes con cáncer. Sin embargo, es difícil caracterizar las lesiones hepáticas de pequeño tamaño mediante este método. Científicos del Departamento de Radiología del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center notaron que ha crecido el número de pacientes derivados para realizar un examen ecográfico con el objetivo de complementar el hallazgo de imágenes indeterminadas en el estudio tomográfico. Evaluaron las historias clínicas de los enfermos con enfermedades neoplásicas a los que se les practicó una ultrasonografía abdominal en este prestigioso centro asistencial dentro de los tres meses posteriores a la realización de una TC. Luego seleccionaron aquellos casos en los que se encontraron lesiones hepáticas menores de 1,5 cm. Se identificaron setenta y seis sujetos que cumplían los criterios de inclusión, con 124 imágenes hepáticas. Presentaron una edad media de 62 años, con 43 mujeres y 33 hombres. El primario más frecuente fue el cáncer colorrectal, seguido por las neoplasias malignas mamarias.

La ecografía realizada dentro de los tres meses (promedio, 3 semanas) individualizó un 48% de las lesiones. En los casos donde el ecografista tenía referencias de las anomalías hepáticas, esta identificación subió al 66 %, mientras que cuando el operador no sabía de este antecedente, solo las encontró en un 33 %. El tamaño fue un factor significativo en el hallazgo de las lesiones. Aquellas que medían entre 0,6 y 1,5 cm fueron detectadas en un 67 %. Las menores de 0,6 cm sólo se encontraron en un 19 % de los enfermos. Cuando se combinó una lesión mayor de este tamaño con un ecografista avisado de las imágenes obtenidas por tomografía, la identificación llegó al 83 %.

El otro factor estadísticamente importante fue el tamaño del sujeto. Aquellos pacientes con un hábito corporal mayor a la media vieron complicada la evaluación ultrasonográfica. Por el contrario, no se observaron diferencias al tener en cuenta la ubicación de las lesiones dentro del hígado ni la presencia de patologías de este órgano que dificultan su inspección, como el hígado graso o la neumbilia. La ecografía proveyó información complementaria útil en 93 % de los pacientes. Se caracterizaron 33 quistes, 18 lesiones sólidas compatibles con metástasis y 5 hemangiomas. No se pudo determinar la naturaleza de 4 de las lesiones. De las sesenta detectadas, se logró obtener información sobre la evolución en 45. En cuarenta de estos enfermos el seguimiento se realizó mediante métodos de diagnóstico por imágenes, a lo largo de un promedio de 17 meses. El diagnóstico ecográfico se validó en 34 de 37 lesiones caracterizadas. Otros 5 nódulos vieron confirmado el diagnóstico ecográfico por medio del estudio histopatológico. Por lo tanto, se confirmó la evaluación ecográfica inicial en el 93 % de los casos en los que este método permitió precisar el origen de la lesión.

Los investigadores consideran que las conclusiones de su estudio son limitadas por el diseño retrospectivo del mismo y la falta de datos de seguimiento en una fracción sustancial de los casos. Sería ideal obtener una ratificación histopatológica de todos los diagnósticos, pero frecuentemente no sería apropiado desde el punto de vista clínico. El

diseño retrospectivo probablemente logra una representación más adecuada de la práctica médica real. Tanto los informes de las tomografías como las ecografías fueron realizadas por distintos operadores, con diversos grados de experiencia, utilizando más de un equipo, una característica típica de la medicina cotidiana. Las opciones que surgen al encontrar una lesión hepática pequeña con diagnóstico indeterminado en la tomografía son la repetición posterior del mismo estudio (probablemente con cortes más finos y técnicas más adecuadas) y la realización de una resonancia magnética por imágenes o una ecografía. Los autores consideran que las lesiones mayores de 5 mm deberían ser evaluadas subsecuentemente con ecografía. Ésta constituye el método menos invasivo, más económico, y permite además la realización de biopsias ecoguiadas. En aquellos pacientes donde no se logra una aproximación diagnóstica con la ultrasonografía debe realizarse una resonancia magnética

● PREDICCIÓN DE VÁRICES ESOFÁGICAS DE GRAN TAMAÑO SIN ENDOSCOPIA EN LOS PACIENTES CIRRÓTICOS

Estudio de 17 variables comúnmente encontradas en pacientes con várices esofágicas en una población de 184 enfermos con cirrosis hepática

Patras, Grecia:

La trombocitopenia, esplenomegalia y ascitis son predictores independientes de la presencia de várices esofágicas de gran tamaño en pacientes con cirrosis hepática. La endoscopia esofagogastrointestinal podría evitarse sin riesgos en los pacientes cirróticos que no presenten estos factores predictivos, ya que ellos no presentarían várices importantes.

Fuente científica:

[*Digestive and Liver Disease* 35: 473-478 2003] –aSNC

Autores

Thomopoulos KC, Labropoulos-Karatza C, Mimidis KP y colaboradores

Los autores encontraron que la trombocitopenia, esplenomegalia y ascitis son predictores de la presencia de várices esofágicas de gran tamaño en pacientes con cirrosis hepática. La endoscopia digestiva superior podría evitarse en los pacientes cirróticos que no presenten estos factores predictivos.

Las várices esofágicas son un hallazgo frecuente en pacientes con cirrosis hepática y la hemorragia de las mismas es una complicación grave. A pesar de los avances en diagnóstico y terapéutica, la mortalidad por hemorragia aguda de una vena esofágica sigue siendo muy elevada, cercana a 25 a 30 % y es la segunda causa de muerte en los pacientes con cirrosis hepática.

La administración de beta bloqueantes no selectivos a pacientes con cirrosis sin historia previa de hemorragia por várices, reduce el riesgo de un primer sangrado y la tasa de mortalidad. El mononitrato de isosorbide o la ligadura de la vena con bandas pueden resultar una alternativa cuando existe intolerancia o contraindicaciones al propranolol, para la prevención del primer episodio de hemorragia.

Actualmente recomiendan la pesquisa sistemática de todo paciente con cirrosis bien establecida, mediante endoscopia gastrointestinal alta. Los pacientes con várices de gran tamaño, deberían tratarse con beta bloqueantes no selectivos para reducir la incidencia del primer sangrado de las várices.

Los pacientes sin várices deberían repetir el estudio endoscópico del tracto gastrointestinal superior cada 1 a 3 años.

Sin embargo, menos del 50 % de los pacientes cirróticos presentan várices en las pesquisas endoscópicas, y la mayoría de ellas son de pequeño tamaño, con escaso riesgo de hemorragia.

Los factores vinculados con la presencia de várices no están claramente definidos, si bien la injuria hepática continuada y el grado de anastomosis y derivación portosistémica son los dos factores más importantes para el desarrollo de las várices.

El objetivo de este trabajo fue determinar si existían medios clínicos o parámetros de laboratorio no vinculados con la endoscopia, que permitieran predecir la presencia de várices esofágicas de gran tamaño.

También existía interés por averiguar si podía aislarse un subgrupo de pacientes cirróticos con alta probabilidad de tener várices importantes, para mejorar la relación costo-efectividad y evitar las molestias por el uso excesivo de la endoscopia como

método de pesquisa.

En una población de 184 pacientes con cirrosis hepática, que no habían sufrido episodios de hemorragia de las vrices y que no recibía medicación beta bloqueante o vasoactiva, estudiaron 17 parámetros clínicos y de laboratorio, para identificar aquellos que pudieran actuar como predictores de las vrices esofágicas. Todos los pacientes fueron sometidos a endoscopia digestiva alta para confirmar o descartar la presencia de las vrices. Encontraron vrices en 92 pacientes (50 %) y vrices de gran tamaño en 33 casos (17 %). Las variables asociadas con la presencia de vrices de gran tamaño fueron ascitis, esplenomegalia ya sea por palpación o por ecografía, la presencia de telangiectasias, disminución plaquetaria y elevación de la bilirrubina.

El análisis multivariado demostró que las variables independientes asociadas con vrices de gran tamaño fueron el tamaño del bazo, el recuento plaquetario y la presencia de ascitis detectada por ultrasonido.

El recuento plaquetario fue el único factor predictor de vrices pequeñas y grandes en cuatro estudios recientes. La acumulación y secuestro de plaquetas en el bazo aumentado de tamaño, debido a hipertensión portal, parecería ser la causa de la trombocitopenia.

En conclusión, es posible identificar un subgrupo de pacientes cirróticos de alto riesgo para vrices esofágicas, utilizando marcadores no invasivos y de naturaleza sencilla

● UTILIDAD DE LA ENDOSCOPIA EN NIÑOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Revisión retrospectiva en niños que sufrieron hemorragia gastrointestinal por distintas causas

Kaohsiung, Taiwan:

La endoscopia gastrointestinal demostró ser una herramienta de gran utilidad tanto para identificar la causa de hemorragia digestiva alta en niños como para facilitar la intervención terapéutica en algunos casos.

Fuente científica:

[Journal of the Chinese Medical Association 66(5):271-275 May 2003] – aSNC

Autores

Huang IF, Wu TC, Wang KS y colaboradores

La hemorragia digestiva alta en niños es una entidad clínica que merece atención ya que puede variar desde un episodio leve a uno de mayor severidad y compromiso. Esto hace importante poder identificar de manera rápida y correcta su causa y localización específica e impartir la terapéutica adecuada. La endoscopia gastrointestinal ha permitido identificar en más del 80% de los casos la localización del sangrado.

Investigadores del Departamento de Pediatría del Hospital de Veteranos Kaohsiung en Taiwan realizaron una evaluación retrospectiva de identificación de las manifestaciones clínicas y causas de hemorragia digestiva alta en pacientes pediátricos. El estudio se basó en la revisión de los registros médicos de 112 niños que ingresaron al hospital entre julio de 1996 y diciembre de 2000 presentando un cuadro de hemorragia gastrointestinal alta que no fuera provocada por la ingestión de agentes cáusticos o de cuerpos extraños. Para localizar el sitio de sangrado, los niños fueron sometidos a una esofagogastroduodenoscopia bajo sedación endovenosa. Los pacientes que presentaban erosiones o ulceraciones de la mucosa gástrica o duodenal fueron biopsiados y las muestras fueron analizadas mediante la prueba rápida de la ureasa para identificación del *Helicobacter pylori*.

Las manifestaciones clínicas de los niños al ingreso al hospital incluyeron: hematemesis (68.8%), melena (33%) y hematoquecia (8%). Algunos pacientes (47.3%) presentaban enfermedades concomitantes incluyendo deficiencias neuromusculares, enfermedad hepatobiliar, insuficiencia renal, púrpura de Henoch-Schonlein y alergia a la leche de vaca.

Un 21% de los niños presentaron como única evidencia previa un síndrome febril agudo. Los resultados de las endoscopias mostraron: vrices esofágicas (10.7%), esofagitis o

úlceras esofágicas (30.4%), lesiones superficiales de la mucosa gástrica (44.6%), úlceras gástricas (9.8%), úlceras duodenales (15.2%) y duodenitis erosiva hemorrágica (2.7%). Un 9.8% de los niños no mostraron ninguna lesión por endoscopia. La prueba rápida de la ureasa se realizó en 72 pacientes, de los cuales, 24 (33.3%) tuvieron un resultado positivo.

Cuando se dividió a los niños de acuerdo a si presentaban o no enfermedades concomitantes, se observó que la positividad para esta prueba fue significativamente más alta en los niños que no tenían ninguna enfermedad subyacente (54.8%) comparado con los que sí tenían alguna patología de base (17.1%). Los resultados mostraron también que la infección por *H. pylori* estaba asociada con la presencia de úlcera duodenal primaria.

Algunos pacientes (11.6%) recibieron tratamiento hemostático por vía endoscópica.

Los autores consideran que en los niños con hemorragia digestiva alta, la endoscopia gastrointestinal brinda una buena opción tanto para identificar la causa o el sitio específico de lesión, así como para intervenir de forma terapéutica en caso necesario. La causa más común de sangrado en los niños fueron las lesiones superficiales de la mucosa gástrica.

Citan también que el *H. pylori* jugaría un papel importante en este tipo de patologías particularmente en niños con úlcera duodenal primaria.

● CONCEPTOS CAMBIANTES EN REFLUJO GASTROESOFAGICO

Revisión sobre el tema con particular énfasis en el monitoreo ambulatorio de pH esofágico de 24 horas.

Los Angeles, EE.UU.:

Definen con claridad el concepto de enfermedad por reflujo gastroesofágico y señalan la importancia del monitoreo del pH esofágico de 24 horas para confirmar el diagnóstico.

Fuente científica:

[Journal of Clinical Gastroenterology 37(1):14-22 Jul 2003] –aSNC

Autores

Streets CG y DeMeester TR.

Un autor estima que el 11% de la población de EE.UU. experimenta ardor epigástrico diariamente y el 30% lo hace cada 3 días. A pesar de estas cifras la verdadera prevalencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es difícil de determinar, porque la enfermedad también puede presentar una serie de síntomas atípicos. Por otro lado es discutible si las personas que presentan síntomas cada 3 días padecen la enfermedad.

La definición del ERGE no ha sido clara porque algunos la definen por los síntomas y otros por las complicaciones, tales como la esofagitis diagnosticada por endoscopia. Los autores prefieren definir el ERGE como "la exposición anormal del esófago a los jugos gástricos independientemente de los síntomas o complicaciones". Dado que el jugo gástrico contiene hidrogeniones, estos pueden utilizarse como un marcador del proceso, mediante el monitoreo del pH esofágico de 24 horas.

La ERGE presenta síntomas típicos tales como ardor epigástrico y regurgitación y síntomas atípicos como ronquera, tos, broncoespasmo y dolor precordial. Si bien la exposición de la mucosa esofágica a los jugos gástricos ácidos producirá uno o más de estos síntomas en la mayoría de los pacientes, basarse solamente en los síntomas para el diagnóstico resulta incorrecto. En ausencia de esofagitis endoscópica, hay muchos otros procesos que pueden causar estos síntomas (espasmo esofágico difuso, acalasia, carcinoma esofágico, úlcera péptica, estenosis pilórica, colelitiasis y coronariopatía). Los síntomas del reflujo gastroduodenal son más "gástricos" e incluyen dolor epigástrico, náusea, vómitos, sensación de lleno postprandial y eructos mientras que los síntomas del reflujo esofagofaríngeo son de naturaleza "respiratoria", incluyendo tos crónica, ronquera, broncoespasmo y ahogos. En algunos casos estas manifestaciones respiratorias pueden alcanzar tal intensidad que enmascaran los síntomas de tipo

gástrico.

Muchos pacientes con síntomas atípicos pueden en realidad padecer de dispepsia y no de ERGE.

La exposición persistente de la mucosa esofágica a los jugos gástricos, no necesariamente produce lesión de la mucosa esofágica como úlcera, esofagitis o metaplasia en todos los pacientes. En consecuencia no es posible definir la enfermedad por la presencia de lesión mucosa esofágica.

Mientras que la endoscopia es capaz de identificar los casos en los que existe lesión mucosa, lleva a la incorrecta posición de pensar que los pacientes que carecen de lesión mucosa, no padecen de ERGE. Dado que casi la mitad de los pacientes con ERGE no tienen lesiones mucosas, la sensibilidad diagnóstica de la endoscopia ronda el 62%.

Cuando la lesión mucosa está presente, es este un signo confiable de ERGE y tiene una especificidad del 96%. La radiología contrastada no es un indicador confiable de ERGE (sensibilidad diagnóstica de apenas 40%). En opinión de los autores el monitoreo del pH esofágico de 24 horas presenta la mayor sensibilidad y especificidad (ambas de 96%).

Las indicaciones para realizar este estudio son: documentar la exposición ácida de la mucosa en pacientes con mucosa normal en la endoscopia y candidatos a cirugía antirreflujo; evaluar pacientes luego de la cirugía antirreflujo sospechados de seguir con el problema; evaluar pacientes con reflujo refractarios al tratamiento con inhibidores de la bomba de protones; estudio de pacientes con síntomas cardíacos luego de evaluación cardiológico normal; evaluación de pacientes con síntomas laríngeos y faringitis crónica y estudio de adultos no alérgicos con asma de reciente comienzo.

La utilización de un novedoso método telemétrico, permite adherir una cápsula a la mucosa esofágica, a 4 cm de la unión esofagogástrica, que permite el monitoreo ambulatorio del pH con poca incomodidad para el paciente, ya que no requiere permanecer con catéter o sonda colocada.

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE CROHN CON INFLIXIMAB Y PROBLEMAS AUTOINMUNITARIOS

Estudio prospectivo de 125 pacientes consecutivos tratados con infliximab

Leuven, Bélgica:

La utilización de infliximab en el tratamiento de la enfermedad de Crohn, produce la aparición de anticuerpos antinucleares en más de la mitad de los pacientes y con fuerte predominancia femenina. En algunos casos aparece lupus inducido por el medicamento (menos del 2%).

Fuente científica:

[Gastroenterology 125(1):32-39 Jul 2003] –aSNC

Autores

Vermeire S, Noman M, Van Assche G, Baert F y otros

La utilización de infusiones de infliximab en pacientes con enfermedad de Crohn produce en más de la mitad de los casos la aparición de anticuerpos antinucleares y en 2 casos (sobre 125), lupus inducido por medicamentos.

Recientemente han incorporado agentes biológicos al tratamiento de la enfermedad de Crohn (EC). Uno de los fármacos que ha demostrado buena eficacia fue el infliximab. Este es un producto biológico, consistente en un anticuerpo monoclonal dirigido contra el factor de necrosis tumoral.

El infliximab alcanza a controlar el proceso intraluminal de la EC refractario a otros tratamientos convencionales en el corto plazo y permite efectos a largo plazo, mediante la infusión realizada cada 8 semanas. El infliximab ha demostrado también gran eficacia en la cicatrización de fístulas que aparecen en la EC.

La seguridad es una preocupación importante con este tratamiento, así como con cualquier otra terapia biológica. Con la utilización de Infliximab en la artritis reumatoidea y en la EC han podido identificarse algunos problemas vinculados con la aparición infrecuente de un síndrome tipo lupus y el desarrollo de anticuerpo antinuclear (ANA).

Dado que no se conoce con exactitud la incidencia de la formación de ANA, ni su importancia clínica o posibles consecuencias, los autores decidieron realizar este estudio

prospectivo en pacientes con EC tratados con infliximab.

Registraron sistemáticamente todos los síntomas que aparecieron en el tratamiento y enfocaron su interés particularmente en aquellos sugestivos de autoinmunidad.

Específicamente controlaron la aparición de ANA y anticuerpos antiDNA. Estos hallazgos luego fueron relacionados con posibles eventos clínicos adversos.

Los autores estudiaron 125 pacientes consecutivos con EC tratados con infliximab y los datos de anticuerpos y clínicos fueron investigados 1, 2, y 3 meses después de la infusión del producto.

El resultado acumulado de aparición de ANA luego de 24 meses fue de 71 pacientes sobre los 125 participantes (56.8%). Casi la mitad de estos enfermos presentaron el ANA luego de la primera infusión y más del 75% mostró la presencia de anticuerpo antinúcleo con menos de 3 infusiones. Hasta ahora, solo 15 de los 71 pacientes se han seronegativizado luego de 12 meses.

Dos pacientes desarrollaron lupus inducido por medicamentos, sin daños orgánicos mayores y un paciente tuvo una anemia hemolítica autoinmune. Los anticuerpos antinucleares predominaron fuertemente en el sexo femenino, así como las lesiones de piel que también fueron más numerosas en mujeres. Estas lesiones fueron de naturaleza papuloescamosa y exantema en forma de mariposa.

La aparición de lupus eritematoso diseminado puede ser precipitada por varios fármacos, tales como procainamida, isoniazida, clorpromazina, hidralazina, metildopa, d-penicilamina, sulfasalazina y minociclina.

La aparición de anticuerpos vinculados al lupus ha sido de publicación frecuente con la introducción de terapias biológicas tales como el interferon.

La aparición de solo 2 pacientes con lupus y 1 con anemia hemolítica, hace pensar a los autores, que las consecuencias clínicas de la aparición de 56% de casos de positividad al ANA, no tiene gran trascendencia clínica. Los autores no detuvieron el tratamiento con infliximab por la aparición de positividad al ANA.

LOS PACIENTES OBESOS TIENEN MAYOR VOLUMEN Y MENOR MOTILIDAD DE LA VESICULA BILIAR

El hallazgo confirma la teoría de que el sobrepeso es factor de riesgo para el desarrollo de litiasis biliar

Antalya, Turquía:

La obesidad es un problema importante de salud pública a nivel mundial. Presenta tasas de morbilidad y mortalidad elevadas. Estudios epidemiológicos demuestran que los obesos tienen mayor riesgo de padecer cálculos vesiculares. Nuevos descubrimientos determinan que dicha predisposición es debida al mayor volumen de la vesícula y la alteración de su contractilidad.

Fuente científica:

[*Journal of Clinical Ultrasound* 31:352-357 2003] – aSNC

Autores

Sari R, Kemal Balci M, Coban E y Karayalcin U

Las personas obesas padecen mayor riesgo de cálculos vesiculares. Los mecanismos patogénicos del desarrollo de litiasis biliar eran desconocidos hasta ahora. Científicos turcos demostraron que los volúmenes en ayunas y posprandial son mayores en los sujetos con sobrepeso, mientras que disminuye la motilidad de la vesícula posterior a las comidas.

Investigadores de la Akdeniz University evaluaron el tamaño y las fracciones de eyección de la vesícula tanto en ayunas como luego de la ingestión de alimentos.

El menor volumen posprandial fue considerado como volumen residual. Fueron incluidas en el trabajo 79 pacientes obesas, con índices de masa corporal que oscilaban entre 30 y 45 kg por metro cuadrado, y 25 voluntarias sanas de peso normal. La edad media de las participantes fue cercana a los 40 años. El método utilizado para la evaluación de los parámetros mencionados fue la ecografía vesicular. Los resultados del estudio fueron concluyentes. Los volúmenes en ayunas y residual de la vesícula fueron marcadamente mayores en las mujeres excedidas de peso. Por otra parte, la máxima fracción de eyección fue menor en las obesas. Al realizar el análisis estadístico de los datos, los autores descubrieron correlación positiva entre el volumen vesicular en ayunas y el índice de masa corporal y el peso de la grasa del cuerpo. Además fue corroborada la misma

asociación entre el volumen vesicular residual y el índice de masa corporal, la circunferencia de la cintura, el porcentaje lipídico del cuerpo y el peso graso corporal.

La obesidad confiere alto riesgo de desarrollar numerosas patologías. La distribución centripeta de la grasa, la circunferencia de la cintura mayor a lo normal y los niveles altos de lípidos séricos tienen relación con problemas metabólicos significativos y predisposición a enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer de mama y cálculos vesiculares. La reducción de la motilidad vesicular tendría un papel relevante en la patogenia de la litiasis biliar al favorecer la precipitación de cristales de colesterol. Dicho fenómeno se acentuaría en los pacientes obesos, que presentan mayor secreción de colesterol en la bilis. La reducción de la contractilidad vesicular en los obesos puede deberse a varios factores. Entre ellos se encuentran la demora en el vaciado gástrico, la disminución de la secreción de colecistoquinina, la menor sensibilidad de la vesícula a los péptidos intestinales y el mayor volumen de la vesícula en ayunas.

En conclusión, los hallazgos ecográficos indican que las mujeres obesas tienen mayor volumen vesicular en ayunas y menor motilidad de la vesícula. Estos resultados presentan correlación estrecha con varios parámetros antropométricos (índice de masa corporal, peso graso del cuerpo, circunferencia de la cintura), pero no se relacionan con factores metabólicos (niveles séricos de lípidos).

Trabajos Distinguidos, Serie Gastroenterología, integra el Programa SIIC-Sociedad Argentina de Gastroenterología (SAGE) de Educación Médica Continua