

REVISTA DE GASTROENTEROLOGIA DEL PERU



ORGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD DE GASTROENTEROLOGIA DEL PERU

VOLUMEN 27

OCTUBRE – DICIEMBRE

Nº 4

EDITORIAL

Cáncer Gástrico: Problema de salud. Responsabilidad de las sociedades científicas para avanzar en su solución

La comunidad científica presenta con el aporte individual de un autor o un hospital; inclusive una sociedad aportes para una mejor forma de abordar los problemas de salud del país. Un esfuerzo reiterado de ello son los informes sobre el cáncer gástrico. El artículo de Uehara realizado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, nos prueba fehacientemente la necesidad en el Perú de realizar despiñaje de Cáncer en personas sintomáticas digestivas (dispépticas) desde los 40 años. El Cáncer gástrico es muy frecuente, y la única manera de mejorar su pronóstico es su diagnóstico a tiempo. El artículo destaca como hacer endoscopias desde los 40 años de edad en pacientes con dispepsia nos permitirá el diagnóstico de la mayoría de los casos de cáncer gástrico. Una inversión de solo 25 dólares (precio promedio de una endoscopia en establecimientos de Salud) nos acerca a un diagnóstico probable y esperemos precoz. Aquí tenemos los hechos, lo que nos falta es la política de la difusión masiva del examen; explicando la importancia del diagnóstico y enseñando que el examen en manos entrenadas con una premedicación adecuada no es traumática ni dolorosa, poniendo énfasis de lo seguro e inocuo que es y las enormes ventajas que derivan del diagnóstico temprano. Y creo que la Sociedad de Gastroenterología del Perú, junto a la Sociedad de Cancerología y con el aval político del Ministerio de Salud, son los llamados a implementar esta campaña. No es solo hacer endoscopias, es hacer que los pacientes tengan un periodo de espera para su examen breve, el resultado sea claro. Las dudas se resuelvan en forma profesional y se genere confianza en este programa. Debe ser un programa permanente que no concluya cuando los equipos se malogren o cuando el médico a cargo se retire. Es el programa que puede dar el prestigio definitivo a la SGP como sociedad científica al servicio de la población. Es lograr que el paciente tenga todas las facilidades para que llegado el diagnóstico, alcance un tratamiento adecuado. Debemos valorar la experiencia latinoamericana¹, y revisar los mecanismos más sencillos^{2,3} para tener una mejor respuesta que 30 años de esfuerzos con buenas intenciones pero aislados y trunco. Asimismo, llegar a la tecnología^{4,5,6} como una consecuencia lógica de nuestro progreso en la detección y no que la tecnología de punta sea la que nos lleve al diagnóstico temprano de las neoplasias gástricas.

En este número como ligado a una mejor calidad de la endoscopia hay un artículo de Tagle y col. que evalúa la sedación endoscópica y propone opciones para mejorarla. Si bien la premedicación para los procedimientos endoscópicos es muy variable, siendo mínima en algunos países; Finlandia reporta la premedicación como una práctica inusual⁷; en Francia, Grasset describe la realización de colonoscopias con sedación profunda e inclusive anestesia como rutinaria⁸. En general, hay el concepto que los mejores procedimientos se logran con una sedación moderada⁹; definida como una depresión de la conciencia manteniendo el paciente la capacidad de responder a comandos verbales con o sin estimulación táctil leve. No se necesita mantener la vía aérea; y la ventilación es espontánea. La función cardiovascular no sufre modificaciones. Con las benzodiazepinas la sedación profunda se logra adecuadamente en la mayoría de los casos pero tiene una demora de inicio de la acción sedante de hasta 2.5 minutos con un promedio de pico de acción de 8-12 minutos. En las colonoscopias, su asociación con meperidina reportó en los Estados Unidos de N.A una acción sinérgica que lleva al paciente a una sedación profunda con pobre control de la función ventilatoria que llevó a 73 casos fatales en los 4 primeros años de su introducción¹⁰. El uso del propofol aparece como una respuesta a la necesidad de una sedación moderada de inicio rápido, con un efecto corto que debe evitar monitoreos prolongados y favorecer dosificaciones repetidas y controladas de propofol. Tagle y col. analiza el uso del propofol en una clínica privada, encontrando excelente respuesta y aceptación de la premedicación. Un aspecto importante es que con personal experimentado en su uso, a asistencia del anestesiólogo puede ser obviado. Indudablemente por costos, actualmente no puede ser usado en mayor proporción; pero es indudable su utilidad en el paciente no colaborador; y en aquellos que el riesgo que los benzodiazepínicos puedan fácilmente pasar a rangos de sedación profunda.

Por su parte Dohmoto de Yamagata, Japón, presenta una interesante experiencia sobre otro aspecto de los procedimientos colonoscópicos como es la limpieza intestinal, lograr una optima preparación con la mejor aceptación del paciente. Los aspectos que se han tratado de mejorar

son 1) Limitar la toma de la preparación oral a solo un litro, 2) No hacer la preparación del examen el día anterior con restricciones dietéticas y enemas incomodantes, y 3) Realizar la preparación en el mismo hospital; con una mejor supervisión del personal. Una respuesta de adecuada limpieza del 93% de los casos, con solo un 0.6% en los que fue imposible el examen avalan estas preparaciones. En 13% de los pacientes un enema de glicerina adicional fue necesario. Este trabajo es un esfuerzo importante y con una gran cantidad de pacientes evaluados, que soporta aún más la literatura reciente que avala al citrato de magnesio como una opción más tolerable y fácil de usar en relación a los agentes tradicionales de limpieza. El uso el mismo día del examen en el hospital ó centro de atención refuerza su utilidad ^{11, 12, 13, 14, 15,16}.

El Intestino delgado ha sido siempre la frontera mas alejada para los gastroenterólogos en el estudio de las enfermedades digestivas. La falta de un adecuado abordaje endoscópico, el nivel pobre de certeza diagnóstica de las series intestinales de tránsito clásicas y aún las de doble contraste. Igualmente estudios con radionúclidos y estudios tomográficos, han mantenido este territorio como el de la evaluación quirúrgica definitiva de la etiología del problema, sin que este sea ciertamente la solución definitiva. La capsula endoscópica, un dispositivo pequeño que alberga una cámara de captación de imágenes que es transmitida a un receptor ha permitido mejorar el diagnóstico de problemas del intestino delgado, básicamente relacionados a sangrado digestivo oscuro u oculto y en menor proporción otra patología digestiva como, pólipos del intestino delgado, estudio de la enfermedad celiaca e inclusive enfermedad de Crohn. Pese a que esto es un avance, tiene limitaciones importantes como no poder tomar biopsias ni realizar acción terapéutica alguna, su

utilización es de riesgo en pacientes con sospecha de estenosis, las imágenes varían de acuerdo a la motilidad intestinal, así como son magnificadas, pueden ocurrir fallas de energía o transmisión y su localización anatómica no es exacta. En el presente estudio, con las limitaciones que los autores explican hubo un 50/69 (72.5%) de hallazgos que ayudan a definir el motivo de la consulta, y con ello un 65% de los pacientes tuvieron una evolución favorable a diferencia de un 33% en los que la CE no brindo ayuda. Concluyen los autores como en otros estudios que la capsula endoscópica es un apoyo importante en el estudio del intestino delgado, y también de ciertas zonas del esófago, estómago y colon que no pudieron ser estudiados con métodos tradicionales; quedando todavía muchos aspectos por mejorar. En el caso del intestino delgado, el endoscopio con doble balón es una nueva opción a evaluar. Este interesante artículo puede ser complementado por literatura reciente, en especial reportes de la asociación americana de gastroenterología AGA en sangrado digestivo oscuro y una revisión de rondonotti de la universidad de Milán sobre la cápsula endoscópica y su evaluación del intestino delgado ^{17, 18,19}.

Hay en este número, nuevamente artículos muy importantes que resaltan el espíritu de conocer más de nuestra práctica hospitalaria diaria. Pero la investigación pura también es necesaria para progresar en el tratamiento de práctico. Cuadra Sanchez de la universidad de Zulia en Maracaibo, Venezuela destaca la determinación de la avidéz de la IgG para identificar los casos de hepatitis C aguda, un aspecto muy confuso en estos pacientes en los que el cuadro agudo es de presentación poco clara.

Alberto Zolezzi Francis

Editor Revista de Gastroenterología del Perú

REFERENCIAS

1. PEDRO LLORENS Y COL. Protocolo AIGEd de Cáncer Gástrico. Página Electrónica Búsqueda de Google nov 25,2007; 8.25pm.
2. YEOH KG. How do we improve outcomes for gastric cancer? J Gastroenterol Hepatol. 2007 Jul;22(7):970-2. Epub 2007 May 24.
3. CARDIN F, ZORZI M, TERRANOVA O. Implementation of a guideline versus use of individual prognostic factors to prioritize waiting lists for upper gastrointestinal endoscopy. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2007 Jul;19(7):549-53.
4. DINIS-RIBEIRO M, DA COSTA-PEREIRA A, LOPES C, MOREIRA-DIAS L. Feasibility and cost-effectiveness of using magnification chromoendoscopy and pepsinogen serum levels for the follow-up of patients with atrophic chronic gastritis and intestinal metaplasia. J Gastroenterol Hepatol. 2007 Oct;22(10):1594-604.
5. KWEE RM, KWEE TC. Imaging in local staging of gastric cancer: a systematic review. J Clin Oncol. 2007 May 20;25(15):2107-16.
6. LEE JH, KIM JJ. Endoscopic mucosal resection of early gastric cancer: Experiences in Korea. World J Gastroenterol. 2007 Jul 21;13(27):3657-61.
7. RISTIKANKARE MK, JULKUNEN RJ. Premedication for gastrointestinal endoscopy is a rare practice in Finland: a nationwide survey. Gastrointest Endosc. 1998 Feb;47(2):204-7.
8. GRASSET D, MORFOISSE JJ, SEIGNEURIC C. [Conditions of practice and results of colonoscopy in non-university hospitals. Results of a cross sectional, multicenter ANGH study (1)] Gastroenterol Clin Biol. 2000 Mar;24(3):273-8. French.
9. REX DK. Review article: moderate sedation for endoscopy: sedation regimens for non-anaesthesiologists. Aliment Pharmacol Ther. 2006 Jul 15;24(2):163-71.
10. ARROWSMITH JB, GERSTMAN BB, FLEISCHER DE, BENJAMIN SB. Results from the American Society for Gastrointestinal Endoscopy/U.S. Food and Drug Administration collaborative study on complication rates and drug use during gastrointestinal endoscopy. Gastrointest Endosc. 1991 Jul-Aug;37(4):421-7.

11. TAYLOR SA Y COL. CT colonography: optimisation, diagnostic performance and patient acceptability of reduced-laxative regimens using barium-based faecal tagging. Eur Radiol. 2007 Apr 3.
12. HOOKEY LC, VANNER S. A review of current issues underlying colon cleansing before colonoscopy. Can J Gastroenterol. 2007 Feb;21(2):105-11.
13. BARKUN A, CHIBA N, Y COL. Commonly used preparations for colonoscopy: efficacy, tolerability, and safety--a Canadian Association of Gastroenterology position paper. Can J Gastroenterol. 2006 Nov;20(11):699-710.
14. THOMSON J, PHULL P. Audit of bowel preparation with Picolax (sodium picosulfate plus magnesium citrate) for colonoscopy. Int J Clin Pract. 2006 May;60(5):602-3.
15. DELEGGE M, KAPLAN R. Efficacy of bowel preparation with the use of a prepackaged, low fibre diet with a low sodium, magnesium citrate cathartic vs. a clear liquid diet with a standard sodium phosphate cathartic. Aliment Pharmacol Ther. 2005 Jun 15;21(12):1491-5.
16. SHARMA VK, CHOCKALINGHAM SK, UGHEOKE EA, KAPUR A, LING PH, VASUDEVA R, HOWDEN CW. Prospective, randomized, controlled comparison of the use of polyethylene glycol electrolyte lavage solution in four-liter versus two-liter volumes and pretreatment with either magnesium citrate or bisacodyl for colonoscopy preparation. Gastrointest Endosc. 1998 Feb;47(2):167-71.
17. RAJU GS, GERSON L, DAS A, LEWIS B; AMERICAN GASTROENTEROLOGICAL ASSOCIATION. American Gastroenterological Association (AGA) Institute medical position statement on obscure gastrointestinal bleeding. Gastroenterology. 2007 Nov;133(5):1694-6.
18. RAJU GS, GERSON L, DAS A, LEWIS B; AMERICAN GASTROENTEROLOGICAL ASSOCIATION. American Gastroenterological Association (AGA) Institute technical review on obscure gastrointestinal bleeding. Gastroenterology. 2007 Nov;133(5):1697-717.
19. RONDONOTTI E, VILLA F, MULDER CJ, JACOBS MA, DE FRANCHIS R. Small bowel capsule endoscopy in 2007: Indications, risks and limitations. World J Gastroenterol. 2007 Dec 14;13(46):6140-9.