



REVISTA DE
GASTROENTEROLOGÍA
DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



LO MEJOR DE LOS CONGRESOS INTERNACIONALES

Lo mejor de la *Digestive Disease Week (DDW)*

The best of the Digestive Disease Week (DDW)

J.R. Nogueira-de Rojas

Gastroenterólogo, Hospital General de Irapuato, SSG

Este año la Semana de Enfermedades del Aparato Digestivo (DDW) se realizó en la ciudad de San Diego, California, del 19 al 22 de mayo. En estos cuatro días, además de los cursos de las diferentes sociedades, se presentaron 4,316 trabajos en cartel (1,100 diarios) y 1,168 trabajos libres orales; 1,012 conferencias por ponentes invitados, 12 conferencias "estado del arte" y 12 simposios clínicos combinados en los que hubo un total de 40 presentaciones¹.

I. La sesión plenaria del Presidente de la AGA constó de 11 intervenciones. Se destacan a continuación los puntos más importantes.

A. JI Allen se refirió al futuro de la práctica clínica de la gastroenterología. Aseguró que cada vez más se centrará en hospitales. En la actualidad, los centros médicos académicos trabajan en un triángulo entre la investigación, la docencia y la atención a pacientes. A este último ángulo se le ha concedido menos importancia. Esto tendrá que cambiar conforme los ingresos de las instituciones sean más dependientes de la clínica porque los pacientes escogerán los centros en donde perciban que reciben la mejor atención. La gastroenterología dedica más tiempo hoy a la endoscopia avanzada; Allen avizora un futuro en el que el gastroenterólogo será cirujano por vía endoscópica. El gastroenterólogo centra su trabajo ahora en atender a pacientes en la clínica, pero en el futuro será un coordinador de la atención de los pacientes con enfermedades del aparato digestivo. Hoy se cobran, en promedio, 950 dólares

(alrededor de 13,300 pesos) por practicar un procedimiento colonoscópico; en el futuro habrá un tabulador basado en la capacidad de esa clínica para prevenir la aparición del adenocarcinoma del colon. En suma, ¿qué tendrán que hacer los gastroenterólogos para tener éxito en el futuro?: excelencia clínica, integración de todas las áreas de trabajo clínico y aplicación de métodos para medir la calidad de los resultados.

- B. El Presidente de la AGA, CR Boland, se enfocó en su discurso presidencial también en el futuro de la especialidad.
- ¿Qué le gusta hacer al gastroenterólogo: curar úlceras; atender la hepatitis viral crónica; prevenir el cáncer del colon; realizar intervenciones endoscópicas; y realizar investigación clínica para curar.
 - Cambio de paradigmas (él lo llamó *disruptive technologies*): diagnóstico oportuno del cáncer del colon; curación de las enfermedades crónicas; medicina personalizada gracias a los avances en genética que permiten conocer la secuencia del genoma de cada paciente; mantener el control de calidad para que todos los miembros del equipo clínico mejoren su desempeño; no dejar de aprender porque los técnicas nuevas no cesan; consolidar el poder de las sociedades de médicos, las cuales deben cooperar y no actuar como adversarios.

Autor para correspondencia: Reforma 56-503, Fracc. Gámez, Irapuato, Gto. México. C.P. 36650. Teléfono: 01462 625 1992.
Correo electrónico: jr_nogueira@hotmail.com (J.R. Nogueira-de Rojas).

- c. ¿Cómo puede cada médico enfrentar el cambio?: vigilancia y estudio continuo porque la aparición de nuevos conocimientos científicos y técnicas médicas es permanente; conseguir ayuda para aprender y obtener las nuevas técnicas a través de las sociedades profesionales; consolidar los programas de estudio y aplicación de nuevos conocimientos y técnicas; justificar las decisiones clínicas con mejoramiento continuo de la calidad y registro por escrito de todas las actividades; aprender a separar los aliados de los adversarios.
- d. Buscar la satisfacción personal: encontrar un nicho específico; hacer lo necesario para ser valioso para el paciente; adquirir un balance entre la vida personal y la vida profesional; hacer algo importante; buscar la inspiración.

II. "Lo mejor de DDW". En una de las últimas sesiones, los organizadores programaron a un miembro de cada sociedad participante para que resumiera lo que consideró como lo mejor de lo presentado por esa sociedad en la DDW 2012.

A. AASLD (Chojkier M) escogió tres temas como lo mejor de la hepatología:

1. **La deficiencia de antitripsina α -1 se debe a la falla de inactivación de los neutrófilos que producen moléculas tóxicas.** Esto causa cirrosis en 40% de los pacientes y además se producen hepatocarcinomas, enfisema pulmonar, bronquiectasias, asma, vasculitis positiva a c-ANCA y glomerulonefritis. Cuando la concentración sanguínea de la antitripsina α -1 es menor de 60 mg/L, se manifiesta la enfermedad clínica. El tratamiento, excepto para la cirrosis, es la infusión de la antitripsina α -1, sobre todo para el enfisema pulmonar y la paniculitis. La hepatopatía sólo se cura con trasplante de hígado. En cuanto a las novedades en investigación: a) la carbamazepina disminuye la fibrosis hepática en ratas pero la dosis es 25 veces mayor que el equivalente para convulsiones en seres humanos; b) los fibroblastos de la piel del paciente se pueden tratar para que recuperen la capacidad totipotencial como células tronco e infundirlas al paciente para que produzcan la antitripsina; c) el oligonucleótido *antisense* degrada la antitripsina α -1 para que deje de ser tóxica. En ratones se logra que la concentración de la molécula tóxica descienda a 0².
2. **Telaprevir más ribavirina para el tratamiento de la hepatitis C.** La ribavirina potencia el gen que activa al interferón para que inhiba la replicación del HCV, pero produce anemia hemolítica dependiente de la dosis. Si se reduce a menos del 60% la dosis de ribavirina, la recaída llega al 54%; si se administra más del 90% de la dosis, la recaída es del 19%. Hay tres estudios prospectivos, controlados, sobre el uso del telaprevir con ribavirina en la hepatitis C (*advance, illuminate, realize*). Si se reduce la dosis de ribavirina, la respuesta viral sostenida (RVS) es de 74% en comparación con 79% si no se reduce. Mediante telaprevir/interferón sin ribavirina, la

RVS es 41%, con ribavirina de 90% en uno de los estudios, lo que demuestra la necesidad de continuar su uso³.

3. **Resistencia a la insulina y hepatocarcinoma (HCC).** La diabetes mellitus (DM) tipo II incrementa el riesgo de hepatocarcinoma de 0.05% a 0.2%. En un estudio de Taiwán⁴, país de 23 millones de habitantes y 100,000 casos de HCC, la HR fue de 2.1 (IC 95% 1.7-2.5), la combinación de DM con cirrosis produjo HR de 16; los pacientes tratados con metformina bajan la HR a 0.49, con glitazona a 0.5, y con insulina a 0.98. La metformina inhibe el crecimiento de HCC implantado a ratas a dosis equivalentes en seres humanos. Si la glucosa en ayuno se halla entre 100 y 125 mg/100 ml o la glucosa 2 h posprandial fluctúa entre 140 y 199, se puede diagnosticar resistencia a la insulina. Los estudios en hepatitis C crónica han encontrado estas concentraciones con más frecuencia que en la población general. La dieta, el ejercicio, la pérdida de peso y la metformina vencen la resistencia, por lo que deben implementarse en los pacientes menores de 60 años y en los que tienen IMC mayor de 35.

B. AGA (Merchant JL) consideró que lo mejor se encuentra en cuatro trabajos sobre células tronco⁵⁻⁸. Las células tronco intestinales se hallan en el fondo de la cripta y dan lugar a los enterocitos, las células caliciformes, células de Paneth, endocrinas, etc. Son un blanco terapéutico para el cáncer además de la potencialidad de producir órganos para reemplazar los que ya no puedan funcionar. Ya se ha logrado formar "organoides" con células de ratón y humanas.

C. ASGE (Edmundowicz SA) seleccionó dos temas:

1. **Indometacina y otros AINE para prevenir la pancreatitis post-CPRE.** Desde el 2008 se publicó que el riesgo relativo (RR) descendía a 0.36 al administrar diclofenaco o indometacina en supositorios. En un estudio prospectivo de 295 pacientes que comparó indometacina con placebo, la reducción del RR fue del 40% con un número a tratar de 13 para prevenir un caso de pancreatitis⁹.
2. **La coledocoduodenostomía con ultrasonido endoscópico comparada con la operación habitual para paliación en tumores de la encrucijada hepatopancreatobiliar.** Se estudió a 22 pacientes. Se encontraron más complicaciones, más duración del internamiento y mayor costo con la operación tradicional¹⁰.

D. SSAT invitó a dos ponentes:

1. **Callery MP se refirió a la neoplasia mucinosa papilar intraductal del páncreas.** Explicó que la displasia de alto grado y el adenocarcinoma son frecuentes aun en lesiones menores de 3 cm¹¹. Muchos son hallazgos en asintomáticos, pero en otros casos causan ictericia. El progreso es lento (15 a 20 años), aunque se ha demostrado que en cinco años se produce invasión por los tumores malignos diagnosticados con imagen. El paradigma señalaba que si la anomalía

mide más de 3 cm, es sintomática y la imagen muestra un quiste complejo, sobre todo si se encuentran nódulos, se debe resear. La vía laparoscópica es una opción con alta morbilidad (40% a 50% de complicaciones). Resumió un trabajo con 105 pacientes, de los que sólo 10 estaban asintomáticos. El ultrasonido endoscópico encontró 26% complejos y nódulos en 2%. La citología por punción con aguja fina estableció el diagnóstico en 51%. La supervivencia dependió del tamaño; menores de 1 cm: 95%; mayores de 3 cm: 50%¹².

2. **Peters JH disertó sobre el fracaso de la cirugía antirreflujo.** Se produce por error en la indicación o el juicio del cirujano sólo en el 30%; el otro 70% se debe a error en la técnica, incluida la rotura esofágica. Los datos preoperatorios que predicen una operación exitosa son: el estudio positivo de pH de 24 horas tiene una razón de momios (RM) de 8.2; los síntomas típicos de ERGE una RM de 6.9; la buena respuesta al tratamiento médico una RM de 4.5. El dato preoperatorio más sólido para predecir fracaso de la operación es una prueba de pH de 24 horas negativa, RM de 9. Un estudio efectuado en Viena definió fracaso por la recurrencia de síntomas. La operación fue Nissen en 200 y Toupet en 75 pacientes, con seguimiento a 10 años. Calificaron como elevado el riesgo de recurrencia, según el índice de DeMeester preoperatorio en más de 50, si la hernia hiatal era mayor de 3.5 cm y si había esófago de Barrett de más de 2.5 cm de longitud. En los que tuvieron riesgo alto, la recurrencia fue del 53%; con bajo riesgo fue del 8% ($p < 0.0001$)¹³.

Un estudio australiano encontró que 38% de los pacientes operados había vuelto a consumir IBP a los 10 años. Se considera que 30% de los que tienen síntomas recurrentes tiene medición posoperatoria de pH normal. El protocolo concluye que es importante que los cirujanos se pongan de acuerdo en la definición de falla del tratamiento quirúrgico porque se usan cinco criterios diferentes: persistencia del cuadro clínico, recurrencia del cuadro, aparición de nuevos síntomas, defecto anatómico (reaparición de la hernia hiatal) y recurrencia del consumo de IBP.

Financiamiento

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este trabajo.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Friedman LS. A message from the DDW Council Chair. DDW 2012; Agenda Book, p 1.
2. Guo S, Freier SM, Booten SC, et al. Antisense oligonucleotide reduction of mutant alpha-1 antitrypsin protein for the treatment of alpha-1 antitrypsin liver disease. Presentado en DDW 2012; mayo 19-22; San Diego, Ca. 593.
3. Sulkowski M, Roberts SK, Afdhal LH, et al. Ribavirin dose modification in treatment-naïve and previously treated patients who received telaprevir combination treatment: no impact on sustained virologic response in phase 3 studies. Presentado en DDW 2012; mayo 19-22; San Diego, Ca. 594.
4. Wu C-Y, Chen HP, Chen TT, et al. Metformin decreases hepatocellular carcinoma risk in a dose dependent manner: population based and *in vitro* studies. Presentado en DDW 2012; mayo 19-22; San Diego, Ca. 596.
5. Tsai Y-K, Wade AW, Bhatt R, et al. Cell-autonomous ADAM10 signaling is essential for maintenance of long-lived multipotent intestinal stem cells. Presentado en DDW 2012; mayo 19-22; San Diego, Ca. 517.
6. Quante M, Westphalen CB, Asfaha S, et al. DCLK1 labels a multipotent and residual neural crest-derived stem cell in the gut epithelium and enteric nervous system. Presentado en DDW 2012; mayo 19-22; San Diego, Ca. 515a.
7. Wang Y, Poulin EJ, Franklin J, et al. Molecular underpinnings of highly penetrant duodenal tumors in Lrig1 null mice. Presentado en DDW 2012; mayo 19-22; San Diego, Ca. 258.
8. Rothenberg ME, Nusse Y, Kalisky T, et al. Ckit/CD117 identifies a colonic paneth like cell that contributes to the stem cell niche and regulates crypt homeostasis. Presentado en DDW 2012; mayo 19-22; San Diego, Ca. 906.
9. Elmunzer BJ, Scheiman JM, Lehman GA, et al. A randomized controlled trial of rectal indomethacin for the prevention of post-ERCP pancreatitis. Presentado en DDW 2012; mayo 19-22; San Diego, Ca. 720.
10. Artifon EL, Silva R, Gupta K, et al. EUS - guided choledocoduodenostomy versus surgical drainage in patients with unresectable distal malignant biliary obstruction: a randomized prospective trial. Presentado en DDW 2012; mayo 19-22; San Diego, Ca. 723.
11. Wong J, Weber J, Centeno B, et al. High grade dysplasia and adenocarcinoma are frequent in side-branch intraductal papillary mucinous neoplasm measuring less than 3 cm in endoscopic ultrasound. Presentado en DDW 2012; mayo 19-22; San Diego, Ca. 530.
12. Winner M, Epelboym I, DiNorcia J, et al. Predictors of recurrence in intraductal papillary mucinous neoplasms: experience with 208 pancreatic resections. Presentado en DDW 2012; mayo 19-22; San Diego, Ca. 819.
13. Hafez J, Lenglinger J, Wrba F, et al. Hiatal hernia, Barrett's esophagus and long term symptom control after laparoscopic fundoplication for gastroesophageal reflux. Presentado en DDW 2012; mayo 19-22; San Diego, Ca. 372.