



REVISTA DE
GASTROENTEROLOGÍA
DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



LO MEJOR DE LOS CONGRESOS INTERNACIONALES

Lo mejor de la United European Gastroenterology Week (UEGW) 2011

The Best of the United European Gastroenterology Week (UEGW) 2011

B.A. Marfil-Garza,* F.J. Bosques-Padilla

Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León, México

La UEGW (*United European Gastroenterology Week*) del año pasado celebrada en Estocolmo, Suecia, fue todo un éxito, ya que acudieron más de 12,000 delegados de 125 países, de tal modo que se convirtió en la reunión de gastroenterología más grande de Europa.

Este año se han elegido siete trabajos de temas diversos de importancia actual y para el futuro mediato del gastroenterólogo clínico.

Riesgo del uso prolongado de los inhibidores de la bomba de protones (IBP): los IBP son fármacos que reducen la producción de ácido en el estómago y se utilizan en la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) para el tratamiento de largo plazo. Se ha descrito una relación entre el uso de IBP y un aumento del riesgo de fracturas, pero no hay suficientes estudios prospectivos sobre este tema. Ozdil et al. estudiaron esto mediante un estudio de casos y controles. Se definió a los usuarios con consumo prolongado de IBP como aquéllos con al menos seis meses de administración ininterrumpida. Las puntuaciones T vertebrales y femorales totales se encontraron disminuidas por 0.28 unidades ($p < 0.01$) y 0.11 unidades ($p < 0.05$), respectivamente. Se concluyó que el uso de IBP, en especial lansoprazol y esomeprazol, se vincula con una disminución de los valores de densitometría ósea. Por esta razón, los autores recomiendan que los pacientes con uso prolongado de IBP tengan un

seguimiento estrecho y sean tratados con fármacos suplementarios de manera profiláctica¹.

Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y factores psicosociales: los factores psicosociales juegan un papel importante en los trastornos funcionales gastrointestinales, pero su valor en la ERGE no se ha estudiado lo suficiente. Más aún, la relación entre los parámetros de reflujo y los síntomas de la ERGE no se ha dilucidado por completo. Van Oudenhove et al. analizaron el nexo entre los parámetros de reflujo y los factores psicosociales por una parte, y la gravedad de los síntomas por otra. Se incluyó de forma prospectiva a pacientes con sospecha clínica de ERGE sometidos a una pH-metría con impedancia de 24 h. Los resultados se analizaron de manera manual y se midió el número de episodios de reflujo, la cantidad total de ácido, el volumen de exposición y el número de episodios de reflujo proximal. Los síntomas típicos del reflujo se cuantificaron el día anterior al estudio mediante la subescala de "ácido" del cuestionario ReQuest. Se midieron la depresión, "somatización", ansiedad [rasgos de ansiedad, estrés postraumático, ansiedad social y ansiedad gastrointestinal específica (AGE)], mecanismos de control del dolor y la preocupación excesiva por el dolor con cuestionarios validados. Ninguno de los parámetros de la pH-metría se correlacionó con los síntomas de reflujo ($r < 0.15$, $p > 0.22$, para todos), en contraste con

*Autor para correspondencia: Madero y Gonzalitos s/n, Colonia Mitras Centro, Monterrey, N.L., México. C.P. 64460. Teléfono: +52 818 333 3664. Correo electrónico: fbosques58@hotmail.com (F.J. Bosques-Padilla).

algunos factores psicosociales y de "somatización" (tabla 1). En el análisis de regresión lineal, la "somatización" ($B = 0.23$, $p = 0.05$) y la AGE se relacionaron en grado significativo e independiente con los síntomas de ERGE. Éste es de los primeros estudios que demuestra que los factores psicosociales (en particular la AGE) y la "somatización" se vinculan con los niveles de síntomas típicos de la ERGE. No se observó ningún nexo con los parámetros del reflujo, lo cual indica que la evaluación de comorbilidades psicológicas y síntomas de "somatización" puede ser importante en la ERGE².

Biomarcadores para evaluar el riesgo de cáncer en el esófago de Barrett (EB): la vigilancia efectiva del EB necesita enfocarse en particular en el riesgo de progresión al adenocarcinoma (AC). Los biomarcadores pueden identificar a aquéllos en riesgo; sin embargo, existe la necesidad de nuevos marcadores y validación de los ya establecidos. Bird-Lieberman et al. aplicaron un panel de biomarcadores, validado de manera externa, a biopsias de EB al momento del diagnóstico para predecir el riesgo de progresión a AC en una cohorte. Los marcadores incluyeron: displasia, aneuploidía, p53 y ciclina A, así como nuevos marcadores glucoprotéicos: sialil Lewis A y Lewis X, *Aspergillus Oryzae* y la aglutinina del germen del trigo. Se concluyó que un panel de cinco biomarcadores establecidos y un marcador nuevo pueden identificar, al momento del diagnóstico de EB, a los pacientes con riesgo bajo de progresión a displasia de alto grado/AC, en los cuales la vigilancia no se requiere y por ende permite que ésta se dirija a pacientes con un riesgo mayor de progresión (tabla 2)³.

Hepatitis alcohólica (HA): las guías estadounidenses más recientes recomiendan el uso de esteroides en la HA grave. La respuesta terapéutica altera en grado notable la evolución a corto plazo y, en estos casos, la terapia guiada por respuesta mediante modelos pronósticos, como el modelo de Lille, es clave. Sin embargo, el uso de un valor de corte único de 0.45 con este modelo es demasiado restrictivo y no permite identificar a los pacientes con riesgo intermedio de muerte. En esta investigación se trataron de definir tres patrones de respuesta: completa, parcial y nula, con diferencias significativas en el riesgo de muerte mediante la distribución percentil del modelo de Lille. Los pacientes con HA grave se seleccionaron de una base de datos de diferentes centros y se incluyó a 641 individuos. La cohorte se dividió de acuerdo con la respuesta terapéutica y la distribución percentil del modelo de Lille: respuesta completa (RC) (< 0.16 o percentil < 35), respuesta parcial (RP) (0.16-0.56; percentil, 35-70) y respuesta nula (RN) (> 0.56; percentil > 70). Los tres grupos tuvieron las siguientes tasas de supervivencia a seis meses: $87.7 \pm 2.3\%$ vs $69.5 \pm 3.3\%$ vs $20.8 \pm 3.1\%$,

respectivamente ($p > 0.00001$). Estos datos apoyan el uso de la terapia guiada por respuesta. Los sujetos con RC no requieren terapia adicional. Los enfermos con RP pueden beneficiarse de nuevas moléculas. Por último, los individuos con RN sólo obtendrían beneficio de las terapias que mejoren de forma notable la función hepática, como el trasplante⁴.

Fármacos biológicos en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII): el adalimumab (ADA) es eficaz para la inducción de la remisión clínica en pacientes con CUCI, pero los datos en cuanto a su efectividad a largo plazo son más limitados. Más aún, el efecto de los niveles séricos de ADA en el desenlace clínico no se ha estudiado. Ferrante et al. evaluaron la eficacia del ADA en 50 pacientes con CUCI moderada-grave tratados antes con infliximab. Todos los pacientes recibieron terapia de inducción con 160/80 mg de ADA seguidos por 40 mg cada dos semanas. En el corto plazo, 68% de los pacientes mostró una respuesta clínica (46% parcial, 22% completa). Dentro de las seis semanas posteriores al inicio del ADA, a 20 pacientes (13 sin respuesta completa a corto plazo y siete con respuesta parcial) se les aumentó la dosis de manera temprana a 40 mg de ADA por semana. El éxito se vinculó con niveles séricos promedio mayores de ADA (4.75 vs 7.95 ; $p = 0.023$). Después de un seguimiento de 23 meses, 52% logró una respuesta sostenida, mientras que 20% requirió colectomía. Este esquema se usó en 76% de los pacientes, lo cual aumentó en grado significativo los niveles séricos de ADA. Estos datos sugieren que se requieren niveles más altos de ADA en la CUCI⁵.

Cambios en la microbiota y su relación con la recurrencia en la enfermedad de Crohn (EC): se considera que la microbiota juega un papel esencial en el desarrollo de la EC. De Cruz et al. trataron de determinar si el desbalance de las especies bacterianas en el intestino se vincula con la recurrencia posquirúrgica en EC. Se recolectaron biopsias de tejido inflamado y no inflamado al momento de la cirugía en seis pacientes con EC. Todos los pacientes se sometieron a colonoscopia seis meses después de la operación. La gravedad se evaluó con la puntuación de Rutgeerts y las biopsias se recolectaron del íleo terminal y la anastomosis. Se utilizó pirosecuenciación para caracterizar las regiones variables V1 y V2 del rRNA 16s bacteriano en los especímenes quirúrgicos y las biopsias tomadas a los seis meses. Se demostró un decremento de la diversidad de filotipos en aquéllos con recurrencia respecto de aquéllos sin recurrencia ($p < 0.0001$). Las proteobacterias detectadas durante la cirugía estuvieron ausentes en las muestras de anastomosis a los seis meses en cuatro de seis pacientes. En todos los individuos con recurrencia endoscópica grave no se encontraron

Tabla 1 Relación de síntomas de ERGE y factores psicosociales.

	Estrés postraumático	"Somatización"	Ansiedad gastrointestinal específica	Depresión	Rasgo ansioso	Ansiedad social	Adaptación al dolor	Preocupación excesiva por el dolor
Síntomas de ERGE	$r = 0.31$ $p = 0.003$	$r = 0.28$ $p = 0.008$	$r = 0.27$ $p = 0.01$	$r = 0.023$ $p = 0.04$	$r = 0.19$ $p = 0.07$	$r = 0.16$ $p = 0.17$	$r = 0.04$ $p = 0.70$	$r = 0.04$ $p = 0.70$

Adaptado de la referencia 1.

Tabla 2 Biomarcadores para el riesgo de progresión a adenocarcinoma en pacientes con esófago de Barrett.

Puntuación del biomarcador	Casos	Controles	VPP (95% IC)	VPN (95% IC)	RM ajustado (95% IC)
0-1	22	127			1.00
2	17	38			3.31 (1.37-8.02)
3	16	10			24.15 (5.82-100.26)
4-5	11	1			156.01 (11.17-2179.72)
4-5 vs 0-3			0.39 (0.17-0.49)	0.98 (0.98-0.99)	36.64 (4.50-198.10)
<i>p</i> significativa	< 0.001				

Adaptado de la referencia 2.

Bacteroidetes o se observaron muy disminuidos tanto en las biopsias basales como en las de seguimiento a los seis meses en comparación con los pacientes que no tuvieron recurrencia; se concluyó que la EC se relaciona con cambios en la diversidad de la microbiota vinculada con la mucosa⁶.

Riesgo de cáncer colorrectal en pacientes con colangitis esclerosante primaria (CEP): la colangitis esclerosante primaria (CEP) se ha referido como un factor de riesgo para el cáncer colorrectal en el contexto de la EII. Algunos informes indican que el riesgo es aún mayor en los pacientes con CEP/EII después del trasplante hepático, pero este tema es controversial. Un estudio multicéntrico por parte del Grupo Nórdico de Trasplante Hepático evaluó el riesgo global de cáncer colorrectal en pacientes con CEP/EII que se sometieron a trasplante hepático y lo compararon con el riesgo antes y después del trasplante mediante un análisis de regresión de riesgos competitivos. La duración de la EII tuvo una media de 15 años (límites, 0-50) al momento del trasplante y el seguimiento fue de cinco años (límites, 0.3-20). Los pacientes con colon intacto (n = 259) al momento del trasplante tuvieron una mejor tasa de supervivencia en comparación con los pacientes que previamente requirieron colectomía urgente (n = 94, *p* = 0.016). De los pacientes con CEP/EII, 91 (25%) desarrolló cáncer colorrectal, con un riesgo acumulado global de 6.5% a 10 años y 17% a los 20 años. El riesgo acumulado de cáncer colorrectal fue mayor después del trasplante hepático (CR 1.9, 95% IC 1.3-2.9, *p* = 0.002). Un análisis multivariado identificó a los aminosalicilatos, el ácido ursodesoxicólico y el tacrolimus, pero no la duración o la actividad de la EII, el rechazo al tratamiento o infección por CMV como factores de riesgo para cáncer colorrectal postrasplante. Los hallazgos sustentan la noción de que el riesgo de cáncer colorrectal aumenta después del trasplante hepático y destacan la importancia de una vigilancia regular por colonoscopia después del trasplante hepático⁷.

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

- Ozdil K, Kahraman R, Erdem-Gozden H, et al. Prospective bone densitometry measurement in proton pump inhibitors using patients for gastroesophageal reflux disease [Abstract]. Gut. 2011;60(Suppl 3):A36.
- Van Oudenhove L, Caenepeel C, Boecxstaens V. Associations between patient characteristics and GERD symptoms: are psychosocial factors and 'somatization' more important than reflux parameters? [Abstract]. Gut. 2011;60(Suppl 3):A376.
- Bird-Lieberman E, Dunn J, Lao-Sirieix P. Phase 3 biomarker study in an established population-based cohort validates a panel, which can predict risk of progression at diagnosis of Barrett's esophagus [Abstract]. Gut. 2011;60(Suppl 3):A52.
- Louvet A, Artru F, Wartel F, et al. A response-guided therapy for a better management of patients with severe alcoholic hepatitis treated with corticosteroids [Abstract]. Gut. 2011;60(Suppl 3):A137.
- Ferrante M, Karmiris K, Compennolle G, et al. Efficacy of adalimumab in patients with ulcerative colitis: restoration of serum levels after dose escalation results in a better long-term outcome [Abstract]. Gut. 2011;60(Suppl 3):A72.
- De Cruz P, Wagner J, Prideaux L, et al. Prospective evaluation of the mucosa-associated microbiota using 454 pyrosequencing at Crohn's surgery and 6 months later reveals loss of diversity and specific phyla changes associated with disease recurrence [Abstract]. Gut 2011;60(Suppl 3):A16.
- Kaasen Jorgensen K, Lindstrom L, Cvanarova M, et al. Colorectal neoplasia in patients with primary sclerosing cholangitis undergoing liver transplantation; a Nordic multicenter study [Abstract]. Gut. 2011;60(Suppl 3):A1.