

La Sesión Plenaria de la ASGE

Dr. Antonio de la Torre Bravo*

* *Presidente de la Asociación Mexicana de Gastroenterología. Hospital Ángeles Metropolitano. México, D.F.*

LA VIEJA TÉCNICA Y LA NUEVA TECNOLOGÍA EN COLONOSCOPIA

La eficiencia de la colonoscopia ha dependido de una buena técnica y de un endoscopio cada vez mejor. Hoy por hoy siguen preocupando los pólipos y los cánceres inadvertidos. Se ha informado que con un tiempo de retirada del endoscopio de 6-10 min se identifican pólipos en > 25% de los hombres y > 15% en las mujeres. Para identificar la asociación entre dicho factor y la detección de adenomas del colon en un centro de endoscopia ambulatoria se estudiaron 506 procedimientos de detección midiendo el tiempo de retirada, la cantidad de pólipos resecaados, edad, sexo, e índice de masa corporal. La llegada al ciego se logró en 99.8%. La proporción de pólipos hallados fue similar en hombres y mujeres (58.3 y 52.5%) aunque la de adenomas fue mayor en hombres (36.8 vs. 27.4 p = 0.02). El tiempo medio de retirada fue 4.2 min (extremos de 0.8-9.8). La proporción de pacientes con adenomas identificados varió significativamente según el médico proveedor de la comunidad de 10 a 50%. Aunque hubo correlación significativa entre el tiempo de retirada y la detección de pólipos (p = 0.001) y adenomas (p = 0.049) en análisis univariable varió más según el proveedor (p = 0.0001). En un modelo multivariable de regresión logística sólo el sexo y la preparación del colon tuvieron significancia. En conclusión, en la práctica basada en la comunidad la detección de lesiones en el colon depende de otros factores más relacionados con los criterios de selección de pacientes que con el tiempo de retirada como variable única.¹ Se trata de un trabajo con buen desarrollo estadístico que demuestra que un factor aislado puede no ser causa de un fenómeno observado, lo cual se demuestra en un análisis profundo de la totalidad.

Los pólipos inadvertidos por la colonoscopia tienen otras causas como es la anatomía propia del colon. Existen zonas ocultas como las uniones rectosigmoidea y la sigmoideadescendente y los ángulos esplénico y hepático. También las lesiones pequeñas escondidas detrás de las haustras son un problema. Para ello, se hizo la presentación de “El tercer ojo” como una solución. Se trata de un prototipo que consiste en la introducción de un

segundo endoscopio delgado que puede pasar a través del conducto de operaciones y, una vez que sale por la punta de colonoscopia, se sitúa en retrovisión. Así se tienen dos imágenes simultáneas: la convencional en dirección proximal y la segunda en dirección distal y así, las haustras se pueden explorar en su totalidad. Este prototipo se probó en modelos plásticos con pólipos por delante y por atrás de las haustras (según se exploran endoscópicamente) y se efectuaron colonoscopias convencionales (Método A) y con el prototipo (Método B). El resultado fue que el método A identificó 78% de los pólipos “obvios” y los métodos A y B 88%. En cambio, en los pólipos “escondidos”, el método A identificó 12% y los métodos A y B 81%.² La intención es buena, sin embargo, parece absurda por la complejidad de la técnica y del órgano y, además, es un proyecto demasiado incipiente sólo probado en modelos, con matices de curiosidad.

La endoscopia con imagen de banda angosta (IBA) en una nueva tecnología óptica. El sistema de los videoendoscopios convencionales tiene tres filtros que abarcan todo el espectro de la luz visible de 400 a 800 nm. Los nuevos endoscopios reducen su anchura espectral entre 400 y 500 nm y, debido a que la banda de absorción de la hemoglobina es de 415 nm, con este sistema es posible ver con claridad hasta los capilares de la superficie de la mucosa con IBA sin usar tinción. En los estudios clínicos preliminares se ha observado que la identificación de una red capilar marrón (RC) con patrón en panal en torno a las glándulas mucosas puede ser útil para diferenciar las lesiones neoplásicas y las no neoplásicas. Para demostrarlo se presenta un estudio en 92 pacientes con 150 lesiones (39 pólipos hiperplásicos y 111 adenomatosos) evaluados con histología. La media del tamaño fue de 3.8 mm (2-10 mm). La diferenciación entre lesiones neoplásicas y no neoplásicas con IBA estudiando la RC tuvo exactitud 95.3%, sensibilidad 96.4% y especificidad 92.35% (p < 0.0001). La conclusión es que la IBA sustituye a la tinción, es más simple y más eficiente en colonoscopia.³ No deja de asombrar el perfeccionamiento de la imagen endoscópica y con resultados excelentes; sin embargo, ante la novedad, la prudencia en la aceptación. Los procedimientos de am-

plificación son poco útiles en la rutina y para la exploración de la totalidad de la mucosa del colon y, como en este trabajo, requieren un estudio convencional previo, pero sólo es el principio.

LA ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA EN TRASTORNOS FUNCIONALES

Con la hipótesis de que el tratamiento quirúrgico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es simplemente mecánico y que es posible que la estimulación eléctrica selectiva del esfínter esofágico inferior (EEI) sea más fisiológica, se diseñó un microestimulador implantable endoscópicamente; mide 28 x 3.3 mm, tiene batería interna activada y recargable a control remoto. La amplitud de la estimulación es de 3 a 19 mA con una frecuencia fija de 20 Hz y pulsos de 200 sec. La técnica endoscópica consiste en elevar la mucosa del esófago distal con solución salina, una incisión de 3 mm con cuchillo-aguja y, finalmente, se hace el implante a manera de inyección dentro de EEI. La experiencia informada se obtuvo en tres perros con presiones manométricas basales del EEI de 13, 5 y 14.9 mm Hg y con el microestimulador activado se elevaron a 62.1, 35.1 y 26.8 mm Hg ($p < 0.02$).⁴ La experiencia es de paupérrima validez, pero ilustra una posibilidad ya imaginada en los trastornos funcionales del tubo digestivo, pero también es pobre el pensamiento que atribuye estos padecimientos sólo a presiones y motilidad.

En gastroparesia refractaria a medicamentos ya existe experiencia en el uso de estimulación eléctrica con aditamentos implantados con cirugía o vía gastrostomía endoscópica. Ahora se informan los resultados de la colocación endoscópica temporal del estimulador en 140 pacientes evaluados a través de puntaje de síntomas y de pruebas de vaciamiento gástrico. Los resultados mostraron que el implante se logró en 139 (99%), 125 (88%) completaron tres días de tratamiento, y de éstos la totalidad mostró mejoría sintomática significativa y algunos en las pruebas de vaciamiento.⁵ Es un trabajo promisorio, pero sólo tres días de tratamiento son nimios para padecimientos crónicos. El futuro son los implantes por siempre como el marcapaso cardíaco.

La cápsula endoscópica

La búsqueda de indicaciones para la cápsula endoscópica (CE) continúa. En un trabajo prospectivo y ciego, 90 pacientes con ERGE fueron estudiados con en-

doscopía convencional; se identificaron 21 pacientes con esófago de Barrett (EB). También fueron luego sometidos a CE desconociendo el endoscopista los hallazgos del estudio previo. La sensibilidad de la CE para EB fue 67% y la especificidad 84% y para esofagitis 38 y 86%, respectivamente, cifras más bajas de las informadas previamente.⁶ Los resultados informados tienen, además, la desventaja de apoyarse en una imagen cuando el diagnóstico es histológico. Sin embargo, el perfeccionamiento de la CE continúa. Se están explorando nuevas utilidades del mínimo endoscopio como cámara en la cirugía intragástrica, transgástrica y laparoscópica como un anexo a los endoscopios convencionales para obtener nuevos ángulos de visión a sitios inaccesibles y aumentar así la eficacia y seguridad de los procedimientos convencionales.⁷ La CE, tal como fue presagiado, ha sido fiel al perfeccionamiento y ahora surge como un endoscopio con imágenes en tiempo real, con un sistema de retropropulsión de control remoto, con dos cámaras para obtener una imagen tridimensional con un sistema de ensamblaje de imágenes en el monitor.⁸ Ciertamente, aún no se encuentra en uso clínico, pero ilustra el progreso hasta ahora ilimitado de la endoscopia moderna.

REFERENCIAS

1. Hirota WK, Baerg RD, Bleau BL, et al. Prospective analysis of withdrawal times and polyp detection rates during screening colonoscopy and a comparison to US Multi-Society Task Force recommendations: A Community-Based Continuous Quality Improvement Study. *Gastrointest Endosc* 2006; 63: AB102.
2. Triadafilopoulos G, Watts D, Higgins J, et al. A novel retrograde-viewing auxiliary imaging device ("third eye retroscope"TM) improves the detection of simulated polyps in anatomical models of the colon. *Gastrointest Endosc* 2006; 63: AB103.
3. Sano Y, Horimatzu T, Fu KI, et al. Magnified observation of microvascular architecture using narrow band imaging (NBI) for the differential diagnosis between non-neoplastic and neoplastic colorectal lesions. A Prospective study. *Gastrointest Endosc* 2006; 63: AB102.
4. Clarke JO, Vandana RL, Kallou AN, et al. An endoscopic implantable device stimulates the LES on-demand by remote control in a canine Model. *Gastrointest Endosc* 2006; 63: AB103.
5. Abell TL, Minocha A, Garretson R, Abidi N. Endoscopic temporary gastric electrical stimulation-results of 140 consecutive patients. *Gastrointest Endosc* 2006; 63: AB103.
6. Lin O, Schembe D, Kozarek R. Blinded comparison of esophageal capsule endoscopy versus conventional endoscopy for diagnosis of Barrett's esophagus in patients with chronic gastroesophageal reflux. *Gastrointest Endosc* 2006; 63: AB103.
7. Swain P, Mosse S, Ikeda K, et al. Deconstructing the endoscope: intragastric, transgastric and laparoscopic wireless endosurgery using manipulable attached and free capsule imager. *Gastrointest Endosc* 2006; 63: AB104.
8. Allison E, Kiraly Z, Springer GS, et al. Design, development, and testing of a remote-controlled, stereoscopic (three-dimensional) imaging, self-propelled, wireless capsule endoscope. *Gastrointest Endosc* 2006; 63: AB104.