



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



TEMAS SELECTOS DE CIRUGÍA Y ONCOLOGÍA

Diagnóstico y tratamiento de lesiones premalignas en tubo digestivo

O. V. Hernández-Mondragón

Departamento de Endoscopia Gastrointestinal, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Hospital de Especialidades, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México

Recibido el 7 de junio de 2022; aceptado el 17 de junio de 2022

Durante la DDW realizada del 21 al 24 de mayo 2022 se presentaron varios trabajos de lesiones premalignas de tubo digestivo alto. A continuación se revisan los más relevantes.

La metaplasia intestinal (MI) es una anomalía premaligna bien identificada y con múltiples factores de riesgo; a pesar de contar ya con un seguimiento preciso, aún existen factores no identificados que generan la presentación temprana de un cáncer gástrico (CG) incluso en pacientes bajo escrutinio. Tomizawa et al.¹ presentaron un trabajo en el que se evaluaron los potenciales factores predictores de progresión a CG en un grupo de pacientes identificados con MI. Se incluyó a una cohorte de pacientes con MI corroborada histológicamente, entre 2010 y 2021, en la escuela de medicina de la Universidad de Washington. Se excluyó sólo a los pacientes con diagnóstico previo de cáncer gástrico. Participaron 1 950 pacientes, 49% de hombres con una media de edad de 58 ± 14 años. Hasta 29% correspondió a asiáticos, 40% a caucásicos, 10% a hispanos, 14% a africanos y 7% a otros; 6% tenía antecedente familiar, 39% con HP positivo, 43% con tabaquismo activo, 42% con consumo de AINE y 19% con antecedente de deficiencia de Fe. Se identificó evidencia de MI antral en 93%, atrofia en 7% y gastritis autoinmunitaria en 5%. El total de endoscopias fue de 3 435 (1-8 por paciente), con seguimiento de 592 días; se diagnosticaron cinco casos

(0.3%) con CG y 70 (3.6%) con displasia. El análisis de regresión logística demostró que la raza asiática (OR, 2.5; IC95%, 1.2-3.1; $p = 0.02$) y el antecedente familiar positivo (OR, 1.8; IC95%, 1.1-2.3; $p = 0.03$) son predictores de progresión.

La endoscopia también permite identificar la MI y valorar la progresión mediante la cromoendoscopia digital con NBI por medio del sistema EGGIM (*Endoscopic grading of gastric intestinal metaplasia*). Fang et al.² evaluaron a través de un metaanálisis el papel de esta herramienta para valorar la progresión de la MI. Se realizó una búsqueda sistemática hasta octubre de 2021 con el objetivo de comparar el EGGIM con el sistema OLGIM (*Operative link of gastric intestinal metaplasia*) que se realiza por histología. Se calcularon la razón de momios (OR) y el área bajo la curva (AUC). Se incluyó a 1 231 pacientes. Se observó que el EGGIM (5-10) posee una sensibilidad de 92%, especificidad de 90% y AUC de 97% en comparación con el OLGIM para riesgo de progresión (OR, 6.89; IC95%, 2.06-23.05) comparada con el EGGIM (0-4) para CG. Se concluyó que los sistemas EGGIM y OLGIM son similares en consistencia y aquellos individuos con una calificación > 5 tienen mayor riesgo de CG. Otro interesante trabajo con NBI lo realizaron Tiankanon et al.³ para comparar a un grupo de gastroenterólogos generales con uno de expertos en la detección de MI. El grupo de no expertos se

Correspondencia de autor: Av. Cuauhtémoc 330, Col. Doctores, Ciudad de México. Tel. 55 5627 6900, ext. 21317-8.
Correo electrónico: mondragonmd@yahoo.co.uk (O. V. Hernández-Mondragón)

trató de médicos gastroenterólogos con < 20 casos de diagnóstico de MI con NBI en comparación con los expertos con > 200. Se incluyó a pacientes con MI confirmada. Los endoscopistas estaban cegados a esta información antes de la nueva endoscopia. Se realizó toma de biopsias ya sea dirigida por NBI o aleatoriamente por Sydney. La norma de referencias fue la afección confirmada por dos patólogos expertos. Se calcularon índices de prueba diagnóstica. Se incluyeron 1 085 biopsias gástricas de 162 pacientes con MI, con una media de edad de 65.9 ± 9 años y un total de 535 hombres. Los gastroenterólogos generales detectaron 398 (35.5%) y los expertos 700 (64.5%). Los valores de sensibilidad, especificidad, VPP y VPN fueron mejores en el grupo de expertos ($S = 92\%$ vs. 89% ; $E = 82\%$ vs. 69% ; $VPP = 83\%$ vs. 73% ; $VPN = 92\%$ vs. 88% ; $LR+ 5.11$ vs. 2.87 ; $LR- 0.09$ vs. 0.16 ; exactitud = 87% vs. 78%). Se concluyó que los valores obtenidos por los gastroenterólogos generales son subóptimos (< 90%) y por ende se requiere un entrenamiento adicional para alcanzar una adecuada competencia.

Los tumores subepiteliales son lesiones con riesgo de progresión que requieren tratamiento ablativo en la mayoría de los casos, el cual representa una mayor dificultad en su variedad extraluminal. Ma et al.⁴ presentaron un trabajo que evalúa la resección de tumores gastrointestinales extraluminales o con un componente extraluminal por vía endoscópica. Para este fin se incluyeron todos los casos evaluados y reseccionados entre mayo de 2016 y mayo de 2021; se obtuvo a 89 pacientes con un tamaño medio de tumor de 2.5 ± 1.0 cm y la tasa de resección en bloque fue de 94.4% con una recuperación en bloque de 87.9%. Los tumores < 3 cm se extrajeron en piezas en la mayoría de los casos. El tiempo medio fue de 70.7 ± 45.5 min. Se utilizó la técnica de STER y la hospitalización media fue de 4.9 ± 3.6 días; 4.5% sufrió efectos adversos mayores, como hidrotórax, peritonitis local, fuga duodenal o sangrado y 10.1% efectos menores. La localización duodenal y la forma irregular se relacionaron con efectos adversos; sin Met a un seguimiento medio de 26.5 ± 14.1 meses. La técnica STER es segura y efectiva para el tratamiento de estos tumores, pero con mayor dificultad en el duodeno. Otra técnica de tratamiento de lesiones epiteliales o subepiteliales premalignas es la EFTR (*endoscopic full thickness resection*). Abdalah et al.⁵ evaluaron por medio de una revisión sistemática y un metaanálisis el papel de la EFTR para lesiones gastrointestinales. Luego de una revisión científica hasta noviembre 2021 se identificaron 740 artículos con seis estudios y 140 pacientes (45.7% mujeres). Se reseccionaron 26 adenomas, 97 tumores subepiteliales, seis adenocarcinomas y 10 biopsias de espesor total. El éxito técnico fue de 86.9% (IC95%, 79.8-94%), R0 de 80% (67.6-92.3%), efectos adversos en 18.6% (9.8-27.2%); seis sangrados mayores, seis microperforaciones, una perforación duodenal mayor y un daño mucoso, con dos recurrencias a seis meses. Se confirmó que la técnica EFTR es segura y efectiva, con bajas recurrencia y pocos efectos adversos para el tratamiento de lesiones malignas y premalignas del tubo digestivo. Otro método sencillo y atractivo es la ligadura para tumores neuroendocrinos (TNE) pequeños (< 1 cm); Cho et al.⁶ estudiaron esta técnica en un grupo de pacientes de forma retrospectiva en quienes se realizó ligadura de TNE < 1 cm sin resección. Se incluyó a 22 pacientes, con confirmación histológica de TNE, y se realizó ultrasonido endoscópico (USE) para valorar la capa de origen, entre agosto de 2018 y octubre de 2022. Participaron 18 mujeres, con edad media de 62

± 8.2 años y mediana de seguimiento de 14.3 (1-36 meses). En 12, el origen fue mucoso y en 10 submucoso. Se efectuó la ligadura en todos los casos con éxito. En el seguimiento, un paciente presentó un pequeño nódulo residual el cual se ligó para su erradicación completa. No hubo complicaciones. Se concluyó que la ligadura de estas lesiones es una técnica segura y efectiva para el tratamiento de TNE < 10 mm sin compromiso linfático y afectación de mucosa o submucosa.

En el caso de los adenomas no ampulares, Okimoto et al.⁷ presentaron un buen trabajo en el que se compararon tres técnicas de resección endoscópica. La selección de la técnica de resección para lesiones epiteliales pequeñas no ampulares no se ha dilucidado por completo. Existen tres técnicas básicas: la resección endoscópica mucosa (REM), la resección bajo agua (U-REM) y la resección con cap (C-REM). En este trabajo se evaluó de forma retrospectiva entre mayo de 2004 y marzo de 2020 a un grupo de pacientes en quienes se realizaron estas técnicas de resección con más de 12 meses de seguimiento. Se incluyeron: REM = 34 pacientes (36 lesiones); U-REM = 54 pacientes (55 lesiones) y C-REM = 45 pacientes (48 lesiones). La técnica C-REM demostró la mayor tasa de R0 comparada con REM y también una mayor tendencia a la hemorragia intraoperatoria y riesgo de perforación. La U-REM presentó mayor tasa de R0 que REM y menores tasas de sangrado y sin perforación. No hubo diferencias en recurrencia entre REM y U-REM (0.20; IC95%, 0.01-2.86; $p = 0.24$) contra REM y C-REM (0.78; IC95%, 0.09-6.84; $p = 0.82$). Se concluyó que, si bien las técnicas son similares con bajas tasas de recurrencia, probablemente la U-REM podría ser mejor al ser más segura, aunque no presente las mayores tasas de R0 para el tratamiento de adenomas no ampulares de pequeño tamaño.

Se puede concluir entonces que durante este año han existido avances en el diagnóstico para lesiones premalignas, sobre todo con un énfasis en la predicción de riesgo de mayor potencial maligno, pero sobre todo en el tratamiento con el advenimiento de mejores y más seguras técnicas de resección endoscópica para las distintas lesiones premalignas del tubo digestivo.

Financiamiento

El autor declara no haber recibido ningún patrocinio para la realización de este trabajo.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún tipo de conflicto de intereses.

Referencias

1. Tomizawa Y, Pham L, Myers K, et al. Risk factors for neoplastic progression of gastric intestinal metaplasia in a large multiethnic North American Cohorts. Sesión oral presentada en: DDW; 2022 mayo 21-24, San Diego, CA. Su1254.
2. Fang S, Du S, Wang L, et al. Endoscopic grading of gastric intestinal metaplasia (EGGIM) for gastric cancer risk stratification: a systematic review and meta-analysis. Sesión oral presentada en: DDW; 2022, mayo 21-24; San Diego, CA. Sa1141.
3. Tiankanon K, Pittayaanon R, Faknak N, et al. The performance status of general gastroenterologist vs NBI-expert endoscopist in targeting gastric intestinal metaplasia biopsy. Sesión oral presentada en: DDW; 2022, mayo 21-24; San Diego, CA. Sa1141.

- ión oral presentada en: DDW; 2022 mayo 21-24; San Diego, CA. Sa1288.
4. Ma LY, Liu ZQ, Li QJ, et al. Endoscopic resection for upper gastrointestinal extraluminal or predominant extraluminal tumors. Sesión oral presentada en: DDW; 2022, mayo 21-24, San Diego, CA. Su1643.
 5. Abdallah M, Suryawanshi G, MacDonald N, et al. Endoscopic full-thickness resection for upper gastrointestinal tract lesions: A systematic review and meta-analysis. Sesión oral presentada en: DDW; 2022 mayo 21-24, San Diego, CA. Sa1690.
 6. Cho SM, Raza A, Dacha S, et al. Outcomes of endoscopic banding without resection for treatment of diminutive duodenal neuroendocrine tumors. Sesión en póster presentada en: DDW; 2022, mayo 21-24; San Diego, CA. Sa1298.
 7. Okimoto K, Maruoka D, Matsumura T, et al. The appropriate selection of endoscopic resection for superficial nonampullary duodenal epithelial tumors in association with recurrence. Sesión oral presentada en: DDW; 2022, mayo 21-24; San Diego, CA. Sa1283.



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



TEMAS SELECTOS DE CIRUGÍA Y ONCOLOGÍA

Carcinoma hepatocelular

M. S. González-Huezo*, N. A. Urdiales-Morán

Departamento de Gastroenterología, Centro Médico Issemym, Metepec, Estado de México

Recibido el 6 de junio de 2022; aceptado el 30 de junio de 2022

A continuación, un análisis de los trabajos presentados en foros internacionales que tienen importancia en relación con el carcinoma hepatocelular (CHC).

Riesgo de CHC en individuos con cirrosis por el virus de la hepatitis C (VHC) y respuesta virológica sostenida (RVS)

Un problema actual frecuente es la vigilancia de individuos con cirrosis compensada por el VHC que han logrado RVS con el tratamiento de antivirales de acción directa. Todo paciente con cirrosis debe someterse a vigilancia, pero se ha documentado reversibilidad de la fibrosis en una proporción de pacientes curados, sin poder establecer si se trata de una reversión del riesgo de CHC. Con la intención de conocer más sobre este aspecto se revisan los siguientes trabajos. Kramer et al.¹ presentaron un trabajo de relaciones longitudinales con diversos factores de riesgo y el desarrollo de CHC en individuos con RVS. Se utilizó la base de datos de los veteranos (2014-2019) y se construyeron tres puntos de referencia (inicial, mes 12° posterior a RVS y mes 24° posterior a RVS); se analizaron múltiples variables para determinar su nexa y, algo muy importante en este estudio, se incluyeron variables metabólicas y de consumo de alcohol. De 98,612 individuos identificados con RVS (32% con cirrosis), 2,298 desarrollaron

CHC. La incidencia anual de CHC en individuos sin cirrosis fue de 0.21% y 0.27% (años 1 y 2, respectivamente) y las variables vinculadas con su desarrollo fueron metabólicas (diabetes e hipertensión) e incremento de FIB-4 (índice no invasivo de fibrosis). En los sujetos con cirrosis y RVS, la incidencia fue de 1.6% y 1.9% (años 1 y 2, respectivamente) y las variables relacionadas guardaron relación con la magnitud del daño hepático y su duración: FIB-4 elevado, duración de cirrosis, presencia de várices esofágicas, alteración de bilirrubinas o albúmina sérica.

Semmler et al.² presentaron un trabajo multicéntrico europeo cuyo objetivo fue predecir el desarrollo de CHC en pacientes con cirrosis compensada. Estos clínicos investigaron variables vinculadas con su desarrollo e idearon un algoritmo de estratificación de riesgo en una cohorte de entrenamiento (n = 527) y posteriormente lo validaron (n = 1,500). Hasta 22/475 (4.6%) individuos con cirrosis compensada desarrollaron CHC. Se incluyeron cuatro variables: alfafetoproteína (AFP) ≥ 4.6 (tres puntos), edad ≥ 59 años (dos puntos), rigidez hepática por Fibroscan™ ≥ 19 kPa (un punto) y albúmina sérica < 42 g/L (1 punto.). Los sujetos con 0 a 3 puntos se consideraron de bajo riesgo (0.5%-3.2% a cuatro años) y con 4 a 7 puntos se consideraron de alto riesgo (16.7%-19.1% a cuatro años). La aplicación de AFP fue opcional, ya que los resultados sin este parámetro fueron muy

*Correspondencia de autor: Av. Baja Velocidad 284, Col. San Jerónimo Chichahualco, C. P. 52140, Metepec, Estado de México. Tel. 72 2474 8561. Correo electrónico: saraigh69@yahoo.com (M. S. González-Huezo)

similares. Dos terceras partes de la población fueron de bajo riesgo, mientras que los enfermos que en realidad exigían vigilancia fueron sólo un tercio de la población.

Un estudio tailandés realizado en Bangkok³ buscó identificar factores de riesgo relacionados con el desarrollo del CHC y descompensación hepática (objetivo compuesto) en individuos con cirrosis y RVS. Entre las variables analizadas se incluyeron la determinación del FIB-4, APRI y Fibroscan™ inicial y 12 meses después de la RVS. De 244 personas, 110 tenían cirrosis y 116 fibrosis avanzada antes del tratamiento. Durante una vigilancia media de 34 meses, 7.8% mostró descompensación hepática y 7% CHC. Hubo una disminución significativa de los valores de rigidez hepática, APRI y FIB-4 para todo el grupo. Mediante análisis multivariado, > 20 kPa luego de RVS predijo de manera independiente el objetivo compuesto. Un estudio similar realizado en una población de Alaska y amerindios⁴ en el que se incluyó a casi 500 participantes determinó que los predictores de desarrollo de CHC fueron la presencia de cirrosis basal o ≥ 10 kPa postratamiento. Como dato adicional de interés se documentó una disminución de la rigidez hepática postratamiento en -2.3 kPa para el grupo de manera global, que fue más marcada en los enfermos con cirrosis (promedio, 9.2 kPa).

Resultados de los tratamientos combinados experimentales en CHC no resecable

Con la enorme gama de opciones sistémicas actuales disponibles y su buena respuesta, la adición de algún tratamiento locorregional podría incrementar la duración del control de la enfermedad y una mayor expectativa de vida con buena calidad en individuos con CHC no resecable, cuando se compara con la monoterapia. Peng et al.⁵ contrastaron el lenvatinib más quimioembolización con el lenvatinib en monoterapia en el CHC avanzado como primera línea en un estudio de fase III, multicéntrico y abierto en 338 pacientes en China; su objetivo primario fue la supervivencia general y los objetivos secundarios fueron la supervivencia libre de progresión (SLP) y una tasa de respuesta objetiva (TRO). La supervivencia promedio para el grupo de tratamiento combinado fue de 17.8 meses contra 11.5 en monoterapia ($p < 0.001$), la SLP fue 10.6 contra 6.4 ($p < 0.001$), y la TRO fue 54.1% contra 25% ($p < 0.001$), respectivamente (NCT03905967). McRee et al.⁶ presentaron los resultados de utilizar pembrolizumab en combinación con radioembolización en personas con CHC y factores de mal pronóstico (enfermedad multifocal, difusa o trombosis de la vena porta), lo que les confiere mal pronóstico a corto plazo, esto es, supervivencia aproximada de seis meses. Se incluyó a 29 individuos, 47% de ellos con trombosis de la vena porta. Dentro de sus resultados destaca que la SLP a seis meses fue de 57.7% y la supervivencia media para el grupo fue de 22 meses (NCT03099564). Los siguientes dos estudios tienen en común que utilizaron triple tratamiento (lenvatinib, anti-PD-1 y quimioembolización) y el objetivo fue lograr la conversión a un estadio que permitiera la cirugía de resección exitosa, ambos estudios realizados en China. El primero, presentado por Song et al.,⁷ fue retrospectivo; se incluyó a 37 pacientes y la tasa de conversión fue de 40.5%, la TRO fue de 67.7% y la tasa de control de enfermedad fue de 86.5%. Después de un seguimiento promedio de 10 meses

luego de la resección, la supervivencia libre de enfermedad a seis meses fue de 93% en los individuos que lograron resecarse. Zhang⁸ expuso los resultados de un estudio prospectivo multicéntrico que había incluido hasta la fecha a 38 individuos con CHC no resecable y al momento de efectuar el análisis intermedio tenía un seguimiento promedio de 33 semanas, con una tasa de conversión a resección de 50%. De los 19 pacientes convertidos a resección, la supervivencia general y libre de enfermedad a 48 semanas fue de 96.4% y 91.7%, respectivamente (NCT 04997850).

Eficacia y seguridad del tratamiento sistémico en CHC y cirrosis descompensada (Child-Pugh B/C)

Los pacientes con CHC y estadios avanzados de cirrosis quedan por lo general fuera de los protocolos clínicos para evaluar los tratamientos sistémicos. Sin embargo, es un problema frecuente en la práctica clínica. Se comentan a continuación cuatro trabajos sobre este tema. D'Alessio et al.⁹ presentaron un estudio retrospectivo multicéntrico europeo en el que compararon la eficacia y seguridad del atezolizumab más bevacizumab en 18 pacientes con CHC avanzado y Child-Pugh B (CPB) (B7 = 7, B8 = 8 y B9 = 3) y los compararon con 46 en Child-Pugh A (CPA). Los sujetos con CPB tuvieron una supervivencia general menor de 6.5 contra 11.7 meses ($p = 0.029$), una tasa de respuesta objetiva, así como efectos adversos similares, que alcanzaron 67%. Otro estudio retrospectivo multicéntrico realizado en Corea evaluó el mismo esquema como primera línea (atezolizumab más bevacizumab) y también lo comparó con individuos con cirrosis CPA.¹⁰ Se incluyó a 27 pacientes en estadio CPB y se compararon con 130 registros de pacientes con CPA. La tasa objetiva de respuesta fue menor en CPB (14.8% vs. 32.3%), la tasa de control de enfermedad fue menor (55.5% vs. 76.1%), así como la supervivencia libre de progresión (3 vs. 6 meses); la supervivencia general fue de seis meses para CPB mientras que en CPA no se había alcanzado al momento del análisis. Los efectos adversos de grados 3 a 4 fueron más frecuentes en CPB (48% vs. 17%) y también la tasa de suspensión del fármaco (14.8% vs. 3%). Otro estudio retrospectivo realizado en Corea y presentado por Park¹¹ evaluó la efectividad del lenvatinib comparado con el sorafenib en pacientes con CHC y cirrosis descompensada (CPB/C) e incluyó a 94 pacientes, 34 que recibieron lenvatinib y 60 que recibieron sorafenib. Si bien la tasa objetiva de respuesta fue superior con el lenvatinib (11.8% vs. 6.7%), la supervivencia fue similar, 4.1 contra 4.2 meses, respectivamente. Por último, Sangro¹² presentó resultados de un estudio multicéntrico con nivolumab en pacientes con CHC y CPB (7/8 puntos), con inclusión de 49 pacientes (25 no tratados antes y 24 tratados antes con sorafenib). Para un seguimiento mínimo de 33.8 meses, la supervivencia general fue de 7.9 meses, la supervivencia a 12 meses fue de 34% y a 24 meses de 10.2%. Este estudio ya se encuentra publicado en extenso.¹³

Financiamiento

No se dispuso de financiamiento para la elaboración de este trabajo.

Conflicto de intereses

No hay conflicto de intereses relacionado con este trabajo.

Referencias

1. Kramer J, Cao Y, Li L, et al. Longitudinal associations between risk factors and subsequent risk of hepatocellular cancer in patients with hepatitis C virus infection and virological cure [abstract]. *Hepatology* 2021;74(1 suppl.):551A.
2. Semmler G, Meyer EL, Kozbial K, et al. Prediction of HCC after SVR in patients with compensated advanced chronic liver diseases [abstract]. *Hepatology* 2021;74(1 suppl.):570A.
3. Anancheunsook P, Sriphoosanaphan S, Treeprasertsuk S, et al. Post-treatment assesment of liver stiffness predicts liver-related complications and hepatocellular carcinoma development following viral eradication with direct-acting antiviral in patients with hepatitis C virus infection. Sesión de trabajos orales presentada en DDW; 2022 mayo 20-24; San Diego, CA. 98.
4. Thownshend-Bulson L, Bruden D, Homan C, et al. Liver fibrosis and HCC following hepatitis C sustained virological response in Alaska Native/American Indian (AN/AI) AK-HepC cohort [abstract]. *Hepatology* 2021;74(1 suppl.):655A.
5. Peng Z, Fan W, Zhu B, et al. Lenvatinib combined with transarterial chemoembolization as first-line treatment of advanced hepatocellular carcinoma: a phase 3, multicenter, randomized controlled trial. Sesión de carteles presentada en: ASCO GI; 2022 enero 20-22; San Francisco, CA. 380.
6. McRee AJ, Helft PR, Harris WP, et al. A study of pembrolizumab (pembro) in combination with Y90 radioembolization in patients (pts) with poor prognosis hepatocellular carcinoma (HCC) with preserved liver function. Sesión de carteles presentada en: ASCO GI; 2022 enero 20-22; San Francisco, CA. Poster 422.
7. Song T, Lang M, Lu W, et al. Conversion of initially unresectable hepatocellular carcinoma (HCC) with triple-combination therapy (lenvatinib, anti-PD-1 antibodies, and transarterial therapy): a retrospective analysis. Sesión de carteles presentada en: ASCO GI; 2022 enero 20-22; San Francisco, CA. Poster 413.
8. Zhang X, Zhu X, Liu C, et al. The safety and efficacy of transarterial chemoembolization (TACE) + lenvatinib + programmed cell death protein 1 (PD-1) antibody of advanced unresectable hepatocellular carcinoma. Sesión de carteles presentada en: ASCO GI; 2022 enero 20-22; San Francisco, CA. Poster 453.
9. D'Alessio A, Weinmann A, Galle P, et al. Real-world use of atezolizumab plus bevacizumab in patients with hepatocellular carcinoma and Child-Pugh A and B cirrhosis. Sesión de carteles presentada en: ASCO GI; 2022 enero 20-22; San Francisco, CA. Poster 393.
10. Kim H, Cheon J, Ha Y, et al. Atezolizumab plus bevacizumab in Child-Pugh B advanced hepatocellular carcinoma patients. Sesión de carteles presentada en: ASCO GI; 2022 enero 20-22; San Francisco, CA. 397.
11. Park MK, Lee YB, Moon H, et al. Effectiveness of lenvatinib versus sorafenib for unresectable hepatocellular carcinoma in patients with hepatic decompensation [abstract]. *Hepatology* 2021;74(1 suppl.):637A.
12. Matilla A, Sangro B, El-Khoureiry, et al. Checkmate 040 cohort 5: long-term efficacy and safety of nivolumab in patients with Child-Pugh B advanced hepatocellular carcinoma: associations between baseline biomarker analyses and outcomes [abstract]. *Journal of Hepatology* 2021;75(2 suppl.):S243.
13. Kudo M, Matilla A, Santoro A, et al. Checkmate 040 cohort 5: a phase I/II study of nivolumab in patients with advanced hepatocellular carcinoma and Child-Pugh B cirrhosis. *Journal of Hepatology* 2021;75:600-609.



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



TEMAS SELECTOS DE CIRUGÍA Y ONCOLOGÍA

Actualidades en el tratamiento del cáncer de tubo digestivo

H. Medina-Franco

Hospital Ángeles Morelia, Morelia, Michoacán, México

Recibido el 7 de junio de 2022; aceptado el 17 de junio de 2022

En las siguientes líneas se analizan los trabajos más destacados en el tratamiento del cáncer del tubo digestivo presentados en la *Digestive Disease Week* (DDW), el *Annual Cancer Symposium*, el Congreso de la *Society of Surgical Oncology* (SSO) y el Congreso de la *American Society of Clinical Oncology* (ASCO), celebrados en mayo, marzo y junio del presente año en San Diego, Dallas y Chicago, respectivamente.

El tratamiento del cáncer de esófago incipiente es la resección endoscópica, bien establecida en países orientales; sin embargo, la experiencia occidental es escasa aún. Un estudio presentado en la DDW registró 100 casos consecutivos en Latinoamérica, el 71.6% intramucosos (T1a) y el 94.3% de adenocarcinoma con una tasa de resección completa de 80.4%; el seguimiento es muy corto, de tan sólo 13 meses con una recurrencia de 3%. Lo interesante del trabajo es la experiencia latinoamericana de una técnica que debe considerarse estándar para el tratamiento de este tipo de neoplasias.¹ Una cuestión importante es qué hacer cuando la resección endoscópica no es curativa; un estudio japonés presentó a 593 pacientes con carcinoma epidermoide (CE) resecado endoscópicamente sin criterios de curación, de los cuales 207 recibieron tratamiento adicional; se realizó una correspondencia de propensión y se identificó a 108 parejas con o sin tratamiento adicional (esofagectomía, radioterapia

o quimioterapia) y se documentó que, si bien hay reducción de la recurrencia local, no hay efecto en la sobrevida global.² Debe tenerse en cuenta que estos resultados pueden no ser aplicables a la variante más común del cáncer de esófago más frecuente en occidente, que es el adenocarcinoma. La mayoría de los algoritmos y nomogramas del cáncer incipiente predice incidencia de afectación ganglionar, mientras que el sistema TNM es aplicable a cánceres avanzados; un nomograma desarrollado en China y presentado en la DDW con los datos de SEER del cáncer de esófago incipiente tratado endoscópicamente toma en cuenta edad, raza, sitio del tumor, grado y T (T1a o T1b) y es capaz de predecir sobrevida a tres y cinco años con área bajo la curva > 0.75 .³ Por último, en relación con el esófago, la mayoría de los tumores se presenta desafortunadamente en etapas avanzadas e irrecesables; un análisis intermedio de un estudio de fase III presentado en ASCO de CE de esófago es muy novedoso dado que evalúa un anticuerpo monoclonal contra el receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) nimotuzumab agregado a la quimioterapia en tumores irrecesables: se aleatorizó a 200 pacientes con tasas de respuesta significativamente mayores para el anticuerpo (93.8 vs. 72%; $p > 0.001$) y respuestas completas también muy superiores (32.5 vs. 12.2%; $p = 0.02$), sin diferencia en efectos

Correspondencia de autor: Av. Montaña Monarca Norte 331, consultorio A708. C. P. 58350. Morelia, Michoacán. Tel. 55 5457 2060. Correo electrónico: herimd@hotmail.com (H. Medina-Franco)

adversos en comparación con el grupo que sólo recibió quimioterapia más placebo.⁴ Éste es un paso más en el tratamiento de las neoplasias avanzadas con terapias de blanco molecular de baja toxicidad y mayores tasas de respuesta; falta valorar su efecto en la sobrevida.

En relación con el cáncer gástrico (CG) también ha cobrado relevancia la resección endoscópica del cáncer incipiente y existen guías japonesas que se han expandido a occidente.⁵ Sin embargo, estas guías no suelen aplicarse en forma correcta: en un estudio presentado en la SSO se analizó a más de 40,000 pacientes tratados con escisión local endoscópica entre 2010 y 2017, la gran mayoría sin atenderse a los criterios apropiados; la sobrevida no se vio comprometida en los pacientes con estadio I (82.5 vs. 95.6 meses; $p = 0.214$) pero sí en aquéllos con estadio II (18.8 vs. 53.8 meses; $p = 0.009$), lo cual enfatiza la importancia de observar las guías para no comprometer el pronóstico de los pacientes.⁶ Algunos estudios aleatorizados han establecido la superioridad a corto plazo de la cirugía laparoscópica para la gastrectomía distal;⁷ es mayor la controversia en la gastrectomía total (GT). Un estudio de correspondencia de propensión conducido en China y presentado en la DDW incluyó a 138 pacientes con cáncer avanzado que recibieron quimioterapia neoadyuvante y se sometieron a GT laparoscópica o abierta: se notificaron resultados similares en todos los parámetros, incluida la morbilidad con sólo reducción de la estancia hospitalaria.⁸ Un estudio holandés reciente aleatorizado no mostró beneficio alguno de la cirugía laparoscópica.⁹ En cuanto al tratamiento sistémico en el CG avanzado, la norma de referencia actual es la quimioterapia perioperatoria, con cuatro ciclos preoperatorios seguido de cuatro después de la cirugía. Un estudio efectuado en China y presentado en la DDW incluyó a 114 pacientes que recibieron tratamiento preoperatorio y el análisis de patología de la pieza quirúrgica demostró ypT0-2 N0: 87 (76.3%) recibieron quimioterapia adyuvante y 27 quedaron en observación. No se documentó diferencia en la sobrevida sin enfermedad a cinco años (82.7% vs. 89.9%; $p = 0.2$) ni en sobrevida global (89.8% vs. 88.4%; $p = 0.853$),¹⁰ lo cual da pie a plantear un estudio prospectivo en el que se pueda comprobar la omisión de la quimioterapia adyuvante en este subgrupo de pacientes. También en el CG se ha aplicado el tratamiento molecular: un estudio alemán presentado en ASCO evaluó el atezolizumab, un anticuerpo monoclonal contra PD-L1 que permite potenciar la respuesta inmunitaria en CG y de la unión esofagogástrica en combinación con la quimioterapia regular (FLOT: 5-FU, leucovorina, oxaliplatino, docetaxel); se aleatorizó a 295 pacientes y se lograron respuestas patológicas completas de 23% contra 15% en favor del anticuerpo y un mayor número de pacientes con ganglios negativos: 68% contra 54%, lo cual es otro paso más en la terapéutica del CG avanzado sin incrementar la toxicidad.¹¹

En relación con el cáncer colorrectal (CCR), en general se presentó en la DDW un estudio de veteranos en Estados Unidos de casi 30 000 pacientes, de los cuales 36% consumía estatinas, lo cual se relacionó con reducción de la mortalidad general y específica del cáncer,¹² situación que ya se ha notificado en otras neoplasias¹³ y requiere confirmarse en estudios prospectivos. Otro estudio muy interesante realizado en Japón y presentado en la SSO evaluó a 1 365 pacientes con CCR en todas las etapas y se valoró la dinámica del DNA tumoral circulante a las cuatro y 12 semanas después de la cirugía: en aquellos pacientes con positividad a las cuatro

semanas la sobrevida libre de enfermedad fue significativamente mejor en aquellos que recibieron quimioterapia adyuvante, incluidos los de estadio II,¹⁴ lo que sugiere que podría ser el estudio de elección para seleccionar a los pacientes que se benefician del tratamiento.

En el cáncer rectal (CR) avanzado, el tratamiento regular es la quimio-radioterapia (QRT) preoperatoria seguida de escisión total del mesorrecto (ETM), pero se ha propuesto que en pacientes en quienes la resonancia magnética (RM) demuestra un margen circunferencial negativo podría practicarse la cirugía de inicio. Un estudio aleatorizado de no inferioridad realizado en China y presentado en ASCO incluyó a 299 pacientes, de los cuales se analizó a 275: la sobrevida libre de enfermedad a tres años fue de 81.1% en el grupo asignado a cirugía inicial contra 86.6% en el grupo que recibió QRT, una diferencia de 5.4%, lo que no satisfizo el criterio de no inferioridad, por lo cual aún los pacientes con margen circunferencial negativo por RM en CR deben recibir QRT preoperatoria.¹⁵

En el CR es de gran interés la preservación del órgano y evitar el uso de colostomía permanente, por lo que se han buscado múltiples alternativas. Un estudio realizado en el *Memorial Hospital* de Nueva York y presentado en la DDW evaluó la utilidad de la disección endoscópica submucosa comparada con la resección quirúrgica después de QRT para CR localmente avanzado. Éste fue un estudio retrospectivo que incluyó a 19 pacientes con disección submucosa y 51 pacientes con proctectomía; el estudio demostró el potencial del tratamiento endoscópico en pacientes muy seleccionados que demostraron buena respuesta a la QRT.¹⁶ Otra alternativa a la ETM es la microcirugía transanal endoscópica (MTE) que se evaluó en un estudio español presentado en ASCO y que incluyó a 173 pacientes aleatorizados a MTE frente a ETM tras QRT preoperatoria; al final, 77 pacientes recibieron MTE; la morbilidad fue de 50.6% en el grupo de ETM contra 20.7% en el de MTE ($p < 0.001$) y la estancia hospitalaria de 7 contra 2 días ($p < 0.001$) en favor de MTE.¹⁷ Se esperan los resultados del seguimiento a largo plazo, pero sin duda es una alternativa muy promisoriosa. Finalmente, la alternativa es no operar y tratar sólo con QRT. Un estudio danés presentado en ASCO incluyó a 107 pacientes con edad media de 71 años, 64% de hombres con tumores a < 6 cm del margen anal; éstos recibieron QRT a una dosis de 62 Gy al tumor y 50.4 Gy a los ganglios, con consecución en 92 (86%) de respuesta clínica completa y dejados a observación. El control locorregional a dos años desde el inicio de la observación fue de 73.8% (IC95%, 63.2-81.8%); de los 23 pacientes que recayeron localmente después de una respuesta clínica completa, cinco recibieron MTE, 15 otra cirugía con intento curativo y tres paliación; la sobrevida global a 30 meses fue de 94.8%.¹⁸ Los autores lo proponen incluso como una opción regular de tratamiento y es sin duda una opción en tumores que requieren el sacrificio del esfínter anal.

Financiamiento

El autor agradece el patrocinio de la Asociación Mexicana de Gastroenterología para la inscripción a la DDW.

Conflicto de intereses

El autor no tiene conflicto de intereses que declarar.

Referencias

1. Arantes V, Aliaga Ramos J, Morita Y, et al. Management of esophageal neoplasms by endoscopic submucosal dissection: experience of 100 consecutive cases in Latin America. Sesión de carteles presentada en: DDW; 2022 mayo 21-24. Tu1146.
2. Takahashi S, Hatta W, Watanabe K, et al. Prognostic benefits from additional treatment in esophageal squamous cell carcinoma who receive non-curative endoscopic submucosal dissection. Sesión de carteles presentada en: DDW; 2022 mayo 21-24; San Diego, CA. Su1225.
3. Sun D, Yi J, Liu X. Prognostic analysis and nomogram of patients with early esophageal cancer received endoscopic treatment: a population-based study. Sesión de carteles presentada en: DDW; 2022 mayo 21-24; San Diego, CA. 735.
4. Meng X, Zheng A, Wang J, et al. Nimotuzumab plus concurrent chemo-radiotherapy versus chemo-radiotherapy in locally advanced esophageal squamous cell carcinoma (ESCC): interim analysis from a prospective, randomized-controlled, double-blinded, multicenter, and phase III, clinical trial (NXCEL1311 Study). *J Clin Oncol* 2022;40(16 suppl.):4016.
5. Icaza-Chávez ME, Tanimoto MA, Huerta-Higa FM, et al. The Mexican consensus on the detection and treatment of early gastric cancer [abstract]. *Rev Gastroenterol Mex* 2020;85(Suppl. 1):69-85.
6. Newland JJ, Johnson AM, Feng ZB, et al. Increasing utilization of endoscopic local excision for early-stage gastric cancers in the United States [abstract]. *Surgery* 2022;28:S0039-6060(22)00065-4.
7. Hyung WJ, Yang H-K, Park Y-K, et al. Long-term outcomes of laparoscopic distal gastrectomy for locally advanced gastric cancer: The KLASS-02-RCT randomized clinical trial [abstract]. *J Clin Oncol* 2020;38(Suppl. 28):3304-13.
8. Hu H, Tian Y. Laparoscopic versus open total gastrectomy for advanced gastric cancer following neoadjuvant therapy: a propensity score matching analysis. Sesión de carteles ePoster presentada en: DDW; 2022 mayo 21-24; San Diego, CA. EP1087.
9. van der Veen A, Brenkman HJF, Seesing MFJ, et al. Laparoscopic versus open gastrectomy for gastric cancer (LOGICA): a multicenter randomized clinical trial [abstract]. *J Clin Oncol* 2021;39(Suppl. 9):978-89.
10. Shao XX. Adjuvant chemotherapy may not be necessary for patients with ypT0-2N0 gastric cancer who have undergone neoadjuvant chemotherapy and curative gastrectomy. Sesión de carteles presentada en: DDW; 2022 mayo 21-24; San Diego, CA. Su1163.
11. Al-Batran S-E, Lorenzen S, Thuss-Patience PC, et al. Surgical and pathological outcome, and pathological regression, in patients receiving perioperative atezolizumab in combination with FLOT chemotherapy versus FLOT alone for resectable esophagogastric adenocarcinoma: interim results from DANTE, a randomized, multicenter, phase IIb trial of the FLOT-AIO German Gastric Cancer Group and Swiss SAKK [abstract]. *J Clin Oncol* 2022;40(16 Suppl.): 4003.
12. Imperiale TF, Myers L, Stump TE, et al. Statin use and all-cause mortality in veterans with colorectal cancer. Sesión de carteles presentada en: DDW; 2022 mayo 21-24; San Diego, CA. Tu1421.
13. Clemente-Gutiérrez U, Sarre-Lazcano C, Medina-Franco H. Statin use is associated with increased survival in patients with advanced epithelial ovarian cancer: institutional experience and literature review [abstract]. *J Oncology* 2020;1:1004.
14. Oki E, Shirasu H, Watanabe J, et al. Dynamics of circulating tumor DNA after resection of colorectal cancer: GALAXY study in Japan [abstract]. *Ann Surg Oncol* 2022;29:S343.
15. Ding K-F, Li J, Hu Y, et al. Primary surgery followed by selective radiochemotherapy versus conventional preoperative radiochemotherapy for patients with locally advanced rectal cancer with MRI-negative circumferential margin (PSSR): a multicenter, randomized, open-label, noninferiority, phase 3 trial [abstract]. *J Clin Oncol* 2022;40(16 Suppl.):3515.
16. Leung G, Nishimura M, Hingorani N, et al. Clinical outcomes of salvage endoscopic submucosal dissection compared to surgical resection after chemoradiotherapy for locally advanced rectal cancer. Sesión de carteles presentada en: DDW; 2022 mayo 21-24; San Diego, CA. Su1451.
17. Serra-Aracil X, Pericay C, Badia-Closa J, et al. Noninferiority multicenter prospective randomized controlled study of rectal cancer T2-T3s (superficial) N0, M0 (T2T3sNOM0) undergoing neoadjuvant treatment and local excision (TEM) versus total mesorectal excision (TME): Preoperative, surgical and pathological outcomes-The TAUTEM-study [abstract]. *J Clin Oncol* 2022;40(16 Suppl.):3501.
18. Jensen LH, Risum S, Nielsen JD, et al. Curative chemoradiation for low rectal cancer: primary clinical outcomes from a multicenter phase II trial [abstract]. *J Clin Oncol* 2022;40(17 Suppl.):LBA3514.



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



TEMAS SELECTOS DE CIRUGÍA Y ONCOLOGÍA

Colecistectomía difícil: novedades y herramientas en la DDW 2022

A. M. González-Chávez

Departamento de Cirugía, Hospital Español, Ciudad de México

Recibido el 9 de junio de 2022; aceptado el 17 de junio de 2022

Revisión analítica

En la DDW 2022 se retomó el tema de la inflamación aguda de la vesícula biliar dada su importancia como causa habitual de dolor abdominal, y como indicación frecuente de cirugía urgente. Este año en particular, el tema se abordó desde la perspectiva de la colecistectomía difícil, definida como aquel escenario en el cual el abordaje quirúrgico conlleva mayor riesgo de complicaciones, en comparación con una colecistectomía regular, situación que se traduce en mayor morbimortalidad para los pacientes.¹

En el foro sobre controversias en cirugía gastrointestinal de la SSAT, denominado “abordaje óptimo para la vesícula difícil”, los ponentes revisaron los siguientes puntos:

1. Anderson hizo notar que la vesícula difícil no hace referencia sólo a las características intraoperatorias de la colecistitis (gran inflamación en el cuello, empiema, síndrome de Mirizzi, perforación vesicular), sino también a las características propias del paciente (cirrosis con hipertensión portal, sepsis, obesidad mórbida, abdomen hostil, género masculino).²
2. Gilbert señaló en su exposición que la visión crítica de seguridad que definió Strasberg no podrá obtenerse en el 10% a 15% de los casos mediante el abordaje laparoscópico, ya que en algunos pacientes la inflamación del cuello hace imposible completar la disección. Ante una “vesícula difícil”

recomendó practicar una colecistectomía subtotal (abrir la vesícula por arriba del cuello, extraer los litos y dejar el cuello *in situ*) y, de los dos tipos descritos, advirtió que debe preferirse la fenestrada (dejar el cuello abierto, pero cerrar el orificio cístico con una jareta) sobre la reconstitutiva (cerrar el cuello con suturas habituales o mecánicas), ya que esta última se relaciona con litos sintomáticos recurrentes. Utilizó distintas series para aseverar que la colecistectomía subtotal se vincula con una morbilidad cercana a 26% (la fuga biliar es la más importante), una mortalidad del 0.3%, una conversión a cirugía abierta de casi 12% y una probabilidad del 0.15% de lesionar la vía biliar.³

3. Domínguez sostuvo que existen factores claramente relacionados con la conversión a cirugía abierta, como la edad avanzada, sexo masculino, clase ASA más alta, y afección biliar adjunta. Indicó que la conversión a cirugía abierta en el contexto de una vesícula difícil no previene en todos los casos la lesión de la vía biliar, ni tampoco significa que deba conseguirse la visión crítica a cualquier costo. Para sustentar esta idea presentó una serie, publicada por su grupo, de 614 pacientes con lesión de la vía biliar en la que el abordaje inicial fue la colecistectomía abierta en el 62% de estos casos. Y concluyó que en países como México, donde el abordaje abierto es la norma, la causa más frecuente de lesión de la vía biliar es la colecistectomía abierta.⁴

Correspondencia de autor: Consultorio 304, Torre Rosario Guerrero de Díez. Dentro del Hospital Español. Av. Ejército Nacional #617. Col. Granada. C. P. 11520. Tel. 55 5545 2574. Correo electrónico: almagoch.md@gmail.com (A. M. González-Chávez)

Pero sin duda, el tema predominante en la DDW 2022 con respecto a la colecistitis aguda fue el abordaje endoscópico como transición al tratamiento quirúrgico definitivo en pacientes perfilados en la categoría de colecistectomía difícil, o en aquellos de muy alto riesgo quirúrgico. Dos son las opciones disponibles:

1. La técnica ET-GBD o colecistostomía transpapilar endoscópica, que consiste en la colocación de una endoprótesis plástica de tipo *pig-tail* desde el ámpula hasta la vesícula biliar, con canulación del conducto cístico mediante una CPRE.⁵
2. La técnica EUS-GBD o drenaje vesicular por ultrasonido endoscópico con prótesis metálicas de aposición luminal, esto es, la creación de una fístula entre la vesícula y el duodeno o el estómago mediante el despliegue de un

stent metálico (nitinol) autoexpandible con puntos de fijación y cubierto de silicón.⁶

En el foro de la ASGE titulado “Pensando fuera de la caja: drenaje de la vesícula biliar-¿ultrasonido o CPRE?”, Benias y Baron analizaron las ventajas y las desventajas de ambas técnicas, que se resumen en la **Tabla 1**.

Varios grupos presentaron su experiencia con estas herramientas en los foros de la ASGE y en la **Tabla 2** se muestran las más representativas.

Y, aunque los datos parecen favorecer el abordaje con ultrasonido endoscópico, Anderson presentó el siguiente algoritmo para ayudar a elegir la mejor herramienta (**Fig. 1**):²

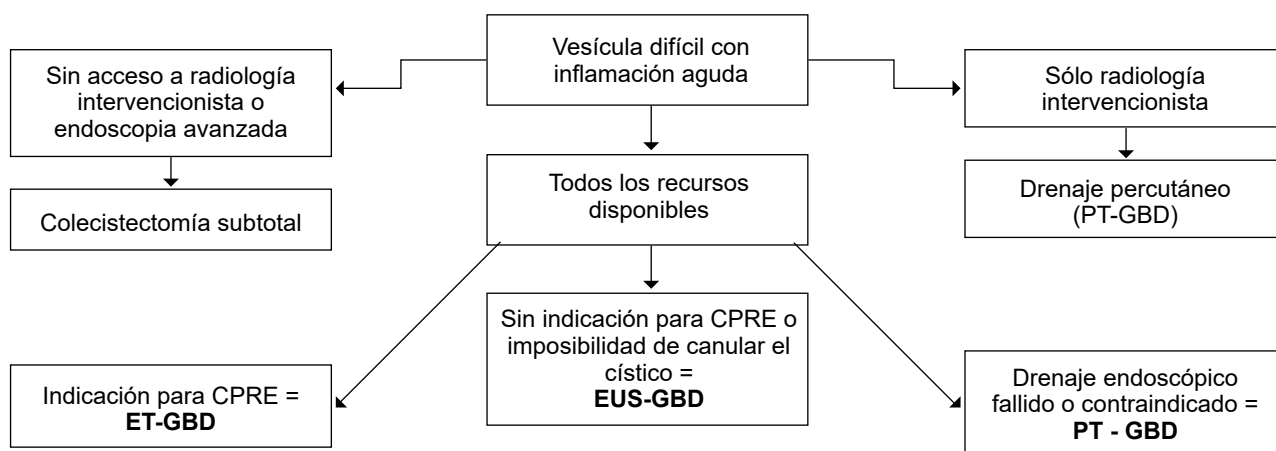
No se presentó ningún trabajo relacionado con el uso del verde de indocianina en el contexto de la colecistectomía difícil.

Tabla 1. (H40)

| Técnica | ET-GBD ⁷ (<i>endoscopic transpapillary gallbladder drainage</i>) | EUS-GBD ⁸ (<i>endoscopic ultrasound transmural gallbladder drainage</i>) | PT - GBD ⁸ (<i>percutaneous transhepatic gallbladder drainage</i>) |
|--------------------|--|---|---|
| Ventajas | <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento simultáneo de coledocolitiasis • La puede aprender cualquiera que realice CPRE • De elección en pacientes con cirrosis y ascitis grave que esperan un trasplante • Efectos adversos graves (raros): pancreatitis y STDA | <ul style="list-style-type: none"> • Técnica con el mayor % de éxito técnico (90%) y clínico (96%) • La luz es una vía para la eliminación de los litos • Tiene la menor recurrencia de efectos biliares | <ul style="list-style-type: none"> • Técnica ampliamente disponible • \$ (costo más bajo) • Disponible prácticamente en cualquier centro |
| Desventajas | <ul style="list-style-type: none"> • Menor % de éxito técnico y clínico • Algunos císticos no pueden canularse (tipo II o en “S”) • Implica los riesgos habituales de una CPRE • No ofrece una vía para eliminación de los litos | <ul style="list-style-type: none"> • Dispositivo no aprobado por la FDA • \$\$\$ (la más costosa) • Implica la creación de una fístula • Efectos adversos raros pero muy graves | <ul style="list-style-type: none"> • Irritación o infección en la pared abdominal • Retiro accidental, 12.8% • Reintervención por obstrucción de la luz, 20.6% • 5%-15% no pueden retirarse nunca |

Tabla 2. (H40)

| Grupo | Universidad Chulalongkorn, Tailandia ⁹ | Universidad Wake Forest, Estados Unidos ¹⁰ | Universidad Wake Forest, Estados Unidos ¹⁰ |
|---|---|---|---|
| Técnica utilizada | ET-GBD | EUS-GBD | PT-GBD |
| # de pacientes | 234 | 75 | 107 |
| Éxito técnico | 84.6% | 98.6% | 99.1% |
| Éxito clínico | 97.4% | 100% | 97.1% |
| Recurrencia de la colecistitis | 7.3% | 3.3% | 67% |
| Mediana de tiempo en días para la recurrencia | 592 días | 6 meses | 6 meses |
| Complicaciones | 9.4% (pancreatitis, fiebre, STDA y perforación del cístico) | 8% (sangrado, migración, fuga, neumoperitoneo u oclusión de la luz) | 14% (retiro accidental y oclusión de la luz) |
| Tiempo de seguimiento | > 6 meses | 2 años | 2 años |
| Pacientes | Alto riesgo quirúrgico (índice de Charlson ≥ 6) | Alto riesgo quirúrgico (ASA III o IV) o cáncer avanzado | Alto riesgo quirúrgico (ASA III o IV) o cáncer avanzado |



Financiamiento

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

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Hemerly MC, Boraschi Vieira Ribas PH, Yvamoto EY, et al. Endoscopic ultrasound (EUS)-guided cholecystostomy versus percutaneous cholecystostomy (PTC) for acute cholecystitis in patients unfit for surgery: a systematic review and meta-analysis. Sesión de carteles presentada en: DDW; 2022 mayo 21-24; San Diego, CA. Sa1697.
2. Anderson MA. Forget the OR, let's find another way. Sesión presentada en: DDW; 2022 mayo 21-24; San Diego, CA. Sp695.
3. Gilbert EW. Proceed laparoscopically and fenestrate or reconstitute. Sesión presentada en: DDW; 2022 mayo 21-24; San Diego, CA. Sp693.
4. Domínguez-Rosado I. Open and try to remove at all costs. Sesión presentada en: DDW; 2022 mayo 21-24; San Diego, CA. Sp694.
5. Faknak N, Ridditid W, Piyachaturawat P, et al. The efficacy of endoscopic transpapillary stenting in acute-calculus-cholecystitis patients to prevent recurrent attack during COVID-19 surgical lockdown: a randomized controlled trial. Sesión de trabajos orales presentada en: DDW; 2022 mayo 21-24; San Diego, CA. 194.
6. Siddiqui U. Who needs the radiologist? EUS-guided gallbladder drainage. Sesión presentada en: DDW; 2022 mayo 21-24; San Diego, CA. Sp908.
7. Baron T. Debate: endoscopic gallbladder drainage: EUS or ERCP. Sesión presentada en: DDW; 2022 mayo 21-24; San Diego, CA. Sp267.
8. Benias PC. Debate: endoscopic gallbladder drainage: EUS or ERCP. Presentado en: DDW; 2022 mayo 21-24; San Diego, CA. Sp266.
9. Faknak N, Ridditid W, Piyachaturawat P, et al. Intermediate to long-term outcomes of endoscopic transpapillary gallbladder stenting in patients with gallstone-related disease: a 10-year single-center experience. Sesión de trabajos orales presentada en: DDW; 2022 mayo 21-24; San Diego, CA. 195.
10. Koutlas NJ, Pawa S, Russell GB, et al. EUS-guided gallbladder drainage versus percutaneous gallbladder drainage in acute cholecystitis: a propensity matched analysis. Sesión de trabajos orales presentada en: DDW; 2022 mayo 21-24; San Diego, CA. 198.



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



TEMAS SELECTOS DE CIRUGÍA Y ONCOLOGÍA

Lo más actual en cirugía de esófago

G. Torres-Villalobos

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México

Recibido el 9 de junio de 2022; aceptado el 17 de junio de 2022

Acalasia

La acalasia es un trastorno raro de la motilidad del esófago. Los principales tratamientos en la actualidad son la miotomía de Heller laparoscópica (MHL), el POEM y la dilatación neumática. Pamarthy et al.¹ realizaron un estudio que analizó a pacientes hospitalizados con acalasia de la base de datos *National Inpatient Sample*. El objetivo primario fue analizar la estancia hospitalaria y los costos. Se analizó a 76 485 pacientes, de los cuales el 82.7% se sometió a miotomía de Heller, el 15.1% a POEM y el 2.2% a dilatación neumática. La estancia hospitalaria y los costos fueron mayores para la dilatación neumática comparada con las otras dos intervenciones ($p < 0.03$). Los pacientes con MHL tuvieron menor hospitalización ajustada ($p < 0.001$) y menores costos ($p < 0.01$) respecto de la dilatación neumática. Se concluyó que la mayoría de los pacientes recibió una MHL en los últimos cuatro años y que la dilatación neumática tiene mayor tiempo de hospitalización y costos en comparación con MHL y POEM.

El tratamiento duradero para la acalasia se enfoca en separar las fibras del esfínter esofágico inferior (EEI), ya sea con MHL, POEM o dilatación neumática. Sin embargo, se ha observado que existe una relación inconsistente entre los parámetros fisiológicos de la unión esofagogástrica y los resultados de los tratamientos mencionados. Farina et al.²

compararon los parámetros de la unión esofagogástrica, sobre todo apertura y distensibilidad, mediante el FLIP (*functional luminal imaging probe*), con la presión de relajación medida con manometría de alta resolución, después de los diversos tratamientos para acalasia, con objeto de predecir la evolución clínica. Se demostró que una presión de relajación anormal en la manometría de alta resolución, así como una apertura anormal de la unión esofagogástrica evaluada por FLIP, se relacionan por lo general con retención de medio de contraste en el esofagograma y una respuesta sintomática más pobre al tratamiento. Sin embargo, las mediciones normales de la fisiología de la unión esofagogástrica en pacientes con pobres resultados sugieren que hay otros mecanismos de falla al tratamiento diferentes de la miotomía incompleta.

La readmisión posterior a un procedimiento es un dato importante a evaluar en los resultados. Haseeb et al.³ analizaron la *National Readmission Database* para identificar las readmisiones de los pacientes tratados con MHL, POEM o dilatación neumática para acalasia. En general, el procedimiento más practicado fue la MHL (9,710 pacientes), seguida de la dilatación neumática (2,453) y el POEM (1,911). El porcentaje de perforación esofágica durante el procedimiento fue similar para las tres técnicas. Sin embargo, el

riesgo de sangrado, transfusión y mortalidad fue mayor para la dilatación neumática respecto de MHL y POEM. A su vez, la readmisión en los primeros 30 días posteriores al procedimiento fue mayor en la dilatación neumática. Los autores concluyeron que en Estados Unidos el riesgo de hemorragia, transfusión y readmisión hospitalaria en los primeros 30 días fue mayor con la dilatación neumática.

Enfermedad por reflujo gastroesofágico

Entre los tratamientos quirúrgicos recientes para la ERGE figura el esfínter magnético, cuyo nombre comercial es LINX®, y está formado por una serie de imanes conectados por alambres independientes que se colocan alrededor de la unión esofagogástrica mediante laparoscopia. Los tratamientos endoscópicos para reflujo han sido controversiales y su uso limitado debido a la escasa evidencia disponible. Kanneganti et al.⁴ revisaron un metaanálisis para comparar los resultados objetivos y subjetivos de pacientes elegibles para tres procedimientos (funduplicatura de Nissen laparoscópica, LYNX y funduplicatura transoral sin incisión [TIF]). Los autores analizaron estudios aleatorizados publicados en los últimos 21 años y concluyeron que los procedimientos antirreflujo se acompañan de una mejoría significativamente mayor en parámetros subjetivos y objetivos en comparación con el tratamiento médico. El LYNX y la TIF producen una mejoría significativa objetiva y subjetiva en pacientes con ERGE, pero la funduplicatura tiene mejores resultados respecto de la exposición esofágica al ácido.

Dentro de los avances recientes en los métodos de evaluación del funcionamiento esofágico se encuentra el FLIP, que se encarga de medir el diámetro del EEI a una presión particular y calcula su distensibilidad. El FLIP se ha incorporado ya como una herramienta adjunta para la evaluación de pacientes con ERGE. Wu et al.⁵ evaluaron a pacientes sometidos a funduplicatura de Nissen mediante FLIP y compararon con valores endoscópicos, manométricos y de pH-metría. Concluyeron que el FLIP brinda información adicional sobre la gravedad de la ERGE y que los pacientes con ERGE grave eran más propensos a sufrir dismotilidad esofágica y una mayor disecación hiatal. Los autores sugieren que el FLIP es una herramienta que proporciona información adicional que puede ser de utilidad para el tratamiento quirúrgico de la ERGE.

Los factores de riesgo para hernias inguinales y abdominales parecen ser semejantes a los de los pacientes con hernias hiatales y paraesofágicas. Esto sugiere que podría haber una relación entre estos tipos de hernias. Mehta et al.⁶ analizaron a 28,852 pacientes con hernias hiatales o paraesofágicas. La

prevalencia de una hernia adicional en este grupo de pacientes fue del 8.2%. De estos pacientes, el 30.9% presentaba dos o más hernias adicionales. El tipo de hernia adicional más común fue la hernia ventral (50.5%), seguida de la inguinal (36.4%), la umbilical (29.8%) y la incisional (20.4%). La prevalencia de una hernia adicional en pacientes con hernia hiatal o paraesofágica fue considerable. Se observó un aumento progresivo del riesgo de una hernia adicional con el aumento de la edad. La obesidad, tabaquismo, EPOC, hipertensión arterial, apnea obstructiva del sueño, diabetes mellitus e hipotiroidismo son factores de riesgo independientes para la presencia de hernias adicionales.

Financiamiento

Patrocinio de la Asociación Mexicana de Gastroenterología.

Conflicto de intereses

El autor no tiene conflicto de intereses que declarar.

Referencias

1. Pamarthy R, Ali H, Lambert K, et al. A comparison of outcomes in patients who had pneumatic dilation for achalasia compared to surgical and peroral endoscopic myotomy (POEM): insights from the national inpatient sample (NIS) database. Sesión de carteles presentada en: DDW; 2022 mayo 21-24; San Diego, CA. Tu1158.
2. Farina D, Carlson D, Kou W, et al. Effect of esophagogastric junction physiologic parameters on clinical outcomes after treatment for achalasia. Sesión oral presentada en: DDW; 2022 mayo 21-24; San Diego, CA. 713.
3. Haseeb M, Khan Z, Jirapinyo P, et al. Short term outcomes following poem, Heller myotomy and pneumatic dilation in patients with achalasia: a nationwide analysis. Sesión de carteles presentada en: DDW; 2022 mayo 21-24; San Diego, CA. Su1222.
4. Kanneganti N, Watz MJ, Walters R, et al. Systematic review and meta-analysis of magnetic sphincter augmentation, transoral incisionless fundoplication, and laparoscopic Nissen fundoplication for adult patients with GERD. Sesión de carteles e-poster presentada en: DDW; 2022 mayo 21-24; San Diego, CA. Ep1367.
5. Wu H, Ungerleider S, Campbell M, et al. Intraoperative impedance planimetry (ENDOFLIP) and severity of gastroesophageal reflux disease. Sesión carteles e-poster presentada en: DDW; 2022 mayo 21-24; San Diego, CA. 312.
6. Mehta N, Ayazi S, Eriksson S, et al. Hiatal hernias and abdominal wall hernias: predictors of association in a large cohort of patients. Sesión de carteles presentada en: DDW; 2022 mayo 21-24; San Diego, CA. Tu1667.