

# Resúmenes Seleccionados – Colonoscopia y Técnicas Endoscópicas

Luis Díaz MAAC-MSACP

## 1. Colonoscopy versus fecal immunochemical testing in colorectal-cancer screening.

### La colonoscopia frente a las pruebas de inmunoquímica fecal en la pesquisa del cáncer de colon.

Quintero E, Castells A, et al., N Engl J Med. 2012 Feb 23;366(8):697-706.

**Fuente:** Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario de Canarias, Tenerife, España. equinter@gmail.com

**Antecedentes:** en la población con riesgo promedio, como estrategias utilizadas para la pesquisa del cáncer colorrectal se aceptan la colonoscopia y las pruebas de inmunoquímica fecal (FIT).

**Métodos:** en este ensayo aleatorizado, controlado en adultos asintomáticos de 50 a 69 años de edad, se comparó el resultado de la primer colonoscopia en 26.703 sujetos contra el estudio FIT cada 2 años en 26.599 sujetos. El resultado principal a evaluar fue la tasa de mortalidad por cáncer colorrectal a los 10 años. El presente informe describe las tasas de participación, aspectos diagnósticos y la aparición de complicaciones mayores al término de la pesquisa poblacional de base. Los resultados del estudio fueron analizados tanto: en intención de realizar pesquisa y como método de pesquisa poblaciones.

**Resultados:** la tasa de participación fue mayor en el grupo FIT que en el grupo de colonoscopia (34,2% vs 24,6%,  $P < 0,001$ ). El cáncer colorrectal se encontró en 30 pacientes (0,1%) en el grupo de colonoscopia y 33 sujetos (0,1%) en el grupo de FIT (odds ratio, 0,99, 95% intervalo de confianza [IC], 0,61 a 1,64;  $P = 0,99$ ). Se detectaron adenomas avanzados en 514 sujetos (1,9%) en el grupo de la colonoscopia y en 231 sujetos (0,9%) en el grupo FIT (odds ratio, 2,30, 95% CI, 1,97 a 2,69,  $P < 0,001$ ), y se detectaron adenomas no avanzados en 1109 sujetos (4,2%) en el grupo de colonoscopia y 119 sujetos (0,4%) en el grupo de FIT (odds ratio, 9,80, 95% CI, 8,10 a 11,85,  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** los sujetos en el grupo de FIT fueron más propensos a participar en el cribado que aquellos en el grupo de la colonoscopia. En el presente estudio, el número de sujetos en los que se detectó cáncer colorrectal fueron similares en los dos grupos en estudio, pero se identificaron más adenomas en el grupo de la colonoscopia.

**Comentario:** las recomendaciones de la colonoscopia como estrategia de elección contra el cáncer colorrectal se basa en datos indirectos y estudios observacionales. Estudios comparativos han demostrado que el estudio inmunoquímico (FIT) semicuantitativo es más preciso que la prueba de guayaco, para la detección de adenomas avanzados y del cáncer colorrectal. Esta nueva prueba es actualmente la más recomendada como prueba de detección de sangre oculta en materia fecal. Aunque el FIT es menos eficaz para la detección de neoplásica que la colonoscopia, la evidencia sugiere que la mayor aceptación poblacional puede contrarrestar su menor capacidad de detección, representando una estrategia más eficaz y menos costosa que otras estrategias de cribado.

## 2. Cost-effectiveness of early one year colonoscopy surveillance after polypectomy.

### Costo-efectividad de la vigilancia con colonoscopia temprana del año después de la polipectomía.

Hassan C, Pickhardt PJ, Di Giulio E, Kim DH, Zullo A, Morini S., Dis Colon Rectum. 2009 May;52(5):964-71; discussion 971.

**Fuente:** Gastroenterología y Endoscopia Digestiva Unidad, Nuovo Regina Margherita Hospital, Roma, Italia. cesareh@hotmail.com

**Antecedentes:** en ensayos de alta calidad algunos cánceres colorrectales se han diagnosticado inesperadamente dentro del año después de la polipectomía inicial. El propósito de este estudio fue evaluar el impacto clínico y económico de la colonoscopia con vigilancia temprana un año después de la polipectomía en relación a la detección del cáncer colorrectal.

**Métodos:** se construyó un modelo de análisis de decisión para comparar las estrategias de realizar o no realizar dentro del año una colonoscopia de vigilancia en los pacientes mayores de 60 años de edad que se sometieron a una polipectomía endoscópica inicial. Los resultados incluyeron el número de colonoscopias tempranas necesarias para detectar un caso de cáncer, para prevenir una muerte por cáncer y la relación costo-efectividad incremental.

**Resultados:** el número necesario de colonoscopias tempranas antes del año para detectar un cáncer fue de 354, siendo el número necesario para prevenir una muerte relacionada con cáncer colorrectal de 1.437 colonoscopias. El incremento de la relación costo-efectividad con la realización precoz de la colonoscopia antes del año, en comparación con no realizarla antes del año fue de \$ 66.136 por año de vida ganado.

**Conclusiones:** las directrices actuales para la vigilancia pospolipectomía son relativamente ineficientes en excluir el riesgo de cáncer colorrectal clínicamente significativa en un año después de la polipectomía.

**Comentario:** el objetivo fue evaluar la relación costo-eficacia de la colonoscopia de vigilancia temprana, un año después de la polipectomía, en el detección del cáncer colorrectal contra la colonoscopia a los tres años de la polipectomía. Los hallazgos no apoyan la recomendación de colonoscopia a los tres años después de una polipectomía de un adenoma, ni a los cinco u diez años de intervalo para los adenomas no avanzados. Los métodos utilizados fueron adecuados, pero los resultados no fueron bien informados y la efectividad de la detección precoz versus tardía fue incierta, lo que significa que la conclusión de los autores debe ser considerada con precaución.

Opinion del National Institute for Health Research.

### 3. MedJet - a new CO<sub>2</sub>-based disposable cleaning device allows safe and effective bowel cleansing during colonoscopy: a pilot study.

**Medjet - un nuevo dispositivo descartable basado en CO<sub>2</sub> que permite la limpieza intestinal en forma segura y eficaz durante la colonoscopia: un estudio piloto.**

Kiesslich R, Schuster N, Hoffman A, Goetz M, Galle PR, Santo E, Halpern Z., Endoscopy. 2012 Aug;44(8):767-71. Epub 2012 Mar 21.

**Fuente:** I. Med. Klinik, Universitätsmedizin Mainz, Alemania.

**Antecedentes:** la completa limpieza intestinal es un requisito obligatorio para la detección de cáncer de colon. El objetivo del estudio piloto actual, que se llevó a cabo en humanos, fue probar la seguridad y eficacia de un nuevo dispositivo descartable de limpieza colónica, la Medjet, desarrollado para la limpieza del intestino intra procedimiento.

**Pacientes y métodos:** fueron incluidos los pacientes con colonoscopia de cribado o vigilancia después de una polipectomía inicial. Se llegó al ciego con el colonoscopio y la limpieza general fue evaluada según la escala de Ottawa. Se utilizó el dispositivo Medjet si la limpieza de colon fue incompleta. El catéter Medjet se pasó a través del canal de trabajo del colonoscopio y se realizó la limpieza durante la retirada. El dispositivo Medjet entrega chorros en forma controlada con mínimas cantidades de CO<sub>2</sub> comprimido y agua estéril, lo que permitió la desintegración y la eliminación de heces residuales. La eficacia de limpieza se evaluó según la escala de Boston.

**Resultados:** un total de 32 pacientes (16 mujeres, con una edad media de 61 años) fueron tratados con el dispositivo. No se observaron eventos adversos relacionados con el dispositivo. La utilización de Medjet durante la retirada mejora en forma efectiva y significativa la limpieza intestinal ( $p = 0,005$ ). Además, 18 adenomas y 1 cáncer de colon, que estaban ocultos detrás de los restos de heces, pudieron ser identificados en 11 pacientes después de la utilización del dispositivo Medjet. Sin embargo, los tiempos de espera se prolonga ( $11,4 \pm 6,0$  minutos) según el procedimiento de limpieza adicional. Todos los pacientes toleraron bien el procedimiento.

**Conclusiones:** el nuevo dispositivo Medjet habilitado para la limpieza intestinal, es efectivo y seguro para su utilización durante la colonoscopia. El sistema basado en catéteres es de fácil utilización y requiere CO<sub>2</sub> para la limpieza. El procedimiento fue bien tolerado por los pacientes.

© Georg Thieme Verlag Stuttgart KG • Nueva York.

**Comentario:** el cáncer colorrectal puede ser prevenido si se detectan y extraen los pólipos colónicos por colonoscopia. En manos expertas la colonoscopia tiene un reducido número de complicaciones y una excelente relación costo/efectividad. La experiencia del operador se encuentra relegada a segundo plano si la limpieza colónica no es óptima para realizar la observación completa de toda la superficie mucosa. Por diferentes motivos un gran porcentaje de preparaciones intestinales no cumplen con el objetivo de lograr la limpieza completa del colon.

### 4. Endoscopic clip closure versus surgery for the treatment of iatrogenic colon perforations developed during diagnostic colonoscopy: a review of 115,285 patients.

**Cierre con clip endoscópicos versus cirugía para el tratamiento de las perforaciones iatrogénicas del colon producidas durante la colonoscopia diagnóstica: una revisión de 115.285 pacientes.**

Kim JS, Kim BW, Kim JI, Kim JH, Kim SW, Ji JS, Lee BI, Choi H., Surg Endosc. 2012 Jul 7.

**Fuente:** División de Gastroenterología, Departamento de Medicina Interna de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Corea, Seúl, República de Corea.

**Antecedentes:** aunque la incidencia de perforación después de una endoscopia del colon es baja, el aumento del número

de colonoscopías diagnósticas podría plantear problemas relevantes de salud. La optimización del tratamiento puede reducir la probabilidad de complicaciones graves. Este estudio tuvo como objetivo determinar la frecuencia de perforación y el manejo de las mismas producidas durante la colonoscopia diagnóstica.

**Métodos:** se realizó una revisión retrospectiva de los registros de los pacientes que se habían producido una perforación iatrogena del colon después de una sigmoidoscopia / colonoscopia entre los años 2000 al 2011, en tres instituciones de la Universidad Católica de Corea. Se registraron los datos demográficos de los pacientes, información técnica de la endoscopia, ubicación de la perforación, tratamientos y resultados, junto con las diferentes estrategias terapéuticas.

**Resultados:** en un período de 12 años fueron realizados un total de 115.285 procedimientos diagnósticos de sigmoidoscópicos / colonoscopia. Ocurrieron un total de 27 perforaciones. 16 pacientes fueron sometidos a recortes endoscópica, de los cuales 3 pacientes fracasaron y fueron remitidos para cirugía. 14 pacientes en total fueron sometidos a cirugía por perforación. El cierre con clips endoscópicos fue exitoso en el 81% de los pacientes. No se registró morbilidad severa relacionada con la perforación o mortalidad.

**Conclusión:** la reparación endoscópica utilizando clips puede ser eficaz para el tratamiento de las perforaciones de colon que se producen durante la colonoscopia diagnóstica.

**Comentario:** en el presente estudio se excluyeron las perforaciones que se produjo durante los procedimientos terapéuticos tales como la resección mucosa (EMR) o disección submucosa endoscópica (ESD), al igual que las perforaciones que se produjeron con enfermedad subyacente tales como tumores malignos o diverticulosis. Los mecanismos de perforación en los procedimientos diagnóstico difieren de los procedimientos terapéuticos. La presión y la tracción directa en la pared del colon es la causa principal de perforaciones en los procedimientos diagnóstico, mientras que en los procedimientos terapéuticos la lesión es causadas por lesión térmica. Las perforaciones en colonoscopia diagnóstica son más grandes que en las colonoscopia terapéutica, traduciéndose en un diagnóstico inmediato más frecuente. Debido a esta diferencia, algunos estudios han abogado por la cirugía para las perforaciones de las colonoscopias diagnósticas y un tratamiento conservador en las perforaciones de los estudios terapéuticos.

#### 5. The indications for nonsurgical management in patients with colorectal perforation after colonoscopy.

**Las indicaciones para el tratamiento no quirúrgico en pacientes con perforación colorrectal después de la colonoscopia.**

Won DY, Lee IK, Lee YS, Cheung DY, Choi SB, Jung H, Oh ST., Am Surg. 2012 May;78(5):550-4.

**Fuente:** Departamento de Cirugía de la Universidad Católica de Corea Facultad de Medicina de Seúl, Corea.

**Antecedentes:** en los últimos tiempos el riesgo de perforación colónica se ha ido incrementando con el aumento de la frecuencia de la endoscopia terapéutica avanzada. Sin embargo, aun no se han establecido guías terapéuticas para el manejo de las perforaciones de colon después de la colonoscopia. Este estudio tuvo como objetivo evaluar las indicaciones para el manejo terapéutico conservador no quirúrgico. Se analizaron las perforaciones colónicas después de la endoscopia que se internaron entre junio 2004 a julio de 2009, realizando un estudio de casos y controles con 22 pacientes. La colonoscopia se realizó en 12 pacientes (54,4%) con fines de diagnóstico y 10 (45,5%) por razones terapéuticas. La localización más frecuente de perforación fue el colon sigmoideos (77,3%). 5 pacientes fueron sometidos a tratamiento no quirúrgico, y 17 pacientes recibieron tratamiento quirúrgico. La duración de la estancia hospitalaria no difirió significativamente entre los dos grupos. El dolor abdominal y la fiebre se encontraron significativamente más frecuente en el grupo de tratamiento quirúrgico (P = 0,043 y 0,011, respectivamente). Todos los pacientes que fueron adecuados para el tratamiento no quirúrgico se diagnosticaron en las primeras 24 horas. El tratamiento no quirúrgico de la perforación del colon después de la colonoscopia podría ser factible en los pacientes sin fiebre con dolor abdominal menos grave.

**Comentario:** aunque la frecuencia de la perforación durante las colonoscopias terapéuticas se estima estar comprendida entre 0,01 y 0,6 por ciento. En la era en que las demandas legales van en aumento al no realizar intervenciones quirúrgicas oportunas, y debido a que el curso clínico de los pacientes después de la perforación colorrectal podría verse afectada por las estrategias de tratamiento instaurado. Muchos cirujanos han confiado en su experiencia ante la falta de guías terapéuticas para el tratamiento de las perforaciones por colonoscopia. Aunque la mayoría de los cirujanos hacen hincapié en la necesidad de tratamiento quirúrgico, recientemente se ha informado el éxito del tratamiento no quirúrgico en pacientes seleccionados.