



BOLETÍN AMG

N. 8/2018

Revista Mexicana de Gastroenterología

•Próximo evento

•Reseña histórica de los inicios de la AMG

•Gastronoticias

1.- REVISTA MEXICANA DE GASTROENTEROLOGIA:

En el Número 2/2017 de la **Revista de Gastroenterología de México** se publica el *“Consenso Mexicano sobre Probióticos en Gastroenterología”*. Existe un número significativo de estudios que apoyan la eficacia de los probióticos en algunos trastornos digestivos. Sin embargo, el desconocimiento de la evidencia científica y las diferentes presentaciones y composiciones microbianas de los probióticos disponibles dificultan su prescripción. Por lo anterior, 17 gastroenterólogos de adultos y 12 gastroenterólogos pediatras elaboraron 38 enunciados sobre el uso de probióticos en enfermedades gastrointestinales, tanto en niños como en adultos. A continuación se muestran algunos enunciados sobre el uso de probióticos en adultos.

11. La administración de cepas específicas de probióticos reduce

significativamente el riesgo de diarrea asociada a antibióticos (DAA).

12. Los probióticos reducen la duración y el número de evacuaciones en la diarrea aguda infecciosa.

13. La evidencia es insuficiente para recomendar el uso de probióticos en la prevención de la diarrea del viajero.

14. No hay evidencia de que los probióticos sean útiles en el tratamiento de la infección por *Clostridium difficile* (ICD).

15. Algunas cepas probióticas son útiles en la prevención de la recurrencia de ICD.

16. Existe evidencia limitada de que la terapia suplementaria con cepas probióticas específicas pueden incrementar las tasas de erradicación de *H. pylori*.

17. Los probióticos son útiles en la prevención y reducción de los eventos adversos gastrointestinales asociados a la terapia de erradicación del *H. pylori* y mejoran el apego al tratamiento.

19. La administración de probióticos específicos mejora la percepción global de síntomas en pacientes con SII.

20. Algunas cepas específicas de probióticos mejoran el dolor, la distensión abdominal y la flatulencia en pacientes con SII.

21. La administración de probióticos no mejora la consistencia de las heces ni la calidad de vida de los pacientes con SII.

22. La administración de probióticos específicos en pacientes con estreñimiento crónico acelera el tránsito intestinal y aumenta la frecuencia de evacuaciones.

24. Algunas cepas específicas de probióticos mejoran los síntomas en pacientes intolerantes a la lactosa.

25. El uso de probióticos no ha mostrado efectos benéficos consistentes en la inducción o mantenimiento de la remisión ni en la prevención de la recurrencia de la enfermedad de Crohn.

26. Algunas cepas específicas de probióticos son útiles para inducir y mantener la remisión en pacientes con CUCI con actividad leve o moderada.

27. Algunas cepas específicas de probióticos son efectivas para el mantenimiento de la remisión de la pouchitis después del tratamiento con antibióticos.

28. No existe evidencia suficiente para recomendar el uso de probióticos como monoterapia en la enfermedad diverticular sintomática no complicada ni en la prevención de la diverticulitis aguda.

29. La evidencia actual no apoya el uso de probióticos en la prevención y tratamiento de la enteritis por radiación.

33. El uso de la alimentación enteral enriquecida con probióticos no ha demostrado utilidad en la pancreatitis aguda.

34. El uso de probióticos específicos mejora la inflamación hepática en esteatohepatitis no alcohólica y tiende a reducir los niveles de colesterol y la resistencia a la insulina en pacientes con hígado graso y esteatohepatitis no alcohólica.

35. Los probióticos mejoran las formas ocultas de encefalopatía hepática, la calidad de vida y reducen las concentraciones de amonio.

36. Algunas cepas específicas de probióticos mejoran y previenen el desarrollo de la encefalopatía hepática manifiesta, pero no influyen sobre la mortalidad asociada a la enfermedad hepática.

REFERENCIA:

Valdovinos MA, Montijo E, Abreu AT, et al. Consenso mexicano sobre probióticos en gastroenterología. Rev Gastroenterol Mex. 2017;82(2):156-178.

2. PRÓXIMO EVENTO: GASTROTRILOGÍA XIII

XIII GASTROTRILOGÍA

13 - 14 de ABRIL, 2018

DURANGO

“Abordaje médico, endoscópico y quirúrgico en problemas clínicos comunes”

La Dra. Rosa María Miranda Cordero, de la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Centro médico ISSEMyM, en el Estado de México, nos hablará acerca de “LA MICROBIOTA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: ACTUALIDADES EN LA FISIOPATOGENIA Y EN EL TRATAMIENTO”. A continuación presentamos algunos puntos importantes de su participación.

La mucosa intestinal está continuamente expuesta a una variedad de microbiota comensal y antígenos alimentarios. El intestino debe suprimir la respuesta inmune excesiva a la estimulación de antígenos y utilizar así los sistemas inmunes innatos y adquiridos para mantener la homeostasis intestinal. En los últimos años se ha descrito el eje microbiota-cerebro-intestino, a través del cual, diferentes microorganismos producen neurotransmisores, estableciendo comunicación a través el nervio vago de manera bidireccional.

La microbiota recibe un hábitat rico en nutrientes proveniente del huésped, mientras que confiere una enorme diversidad de genes y funciones metabólicas. En los países en desarrollo, con mayor exposición a helmintos, se ha observado un menor número de enfermedades mediadas por complejos inmunes, lo cual sugiere un factor protector. Sin embargo, cuando se presenta un desequilibrio en este estado simbiótico, denominado disbiosis, puede desencadenar ciertas enfermedades inflamatorias. La microbiota se modifica a través del tiempo. Desde el momento del nacimiento, ciertos factores como el

parto, cesárea, lactancia materna o uso de fórmulas inciden en la composición de la microbiota y el desarrollo de EII. Un estudio danés demostró que los niños nacidos entre 1973 y 2008 por cesárea, tenían un mayor riesgo de presentar EII. En relación a la dieta, los niños que reciben lactancia materna presentan un mayor número de *Actinobacteria* (un factor protector) mientras que los alimentados con fórmulas tienen más *Proteobacteria*, incrementando el riesgo de EII.

Se desconoce si la disbiosis contribuye al desarrollo de la CU o EC, o representa una consecuencia de la misma, lo que es consistente, es una disminución en la biodiversidad. La primera observación del papel de la microbiota en la EII, proviene de estudios clínicos que demuestran que la derivación fecal mejora los síntomas en la EC y previene la recurrencia post quirúrgica.

En modelos animales y estudios *in vitro*, se ha demostrado que varias especies bacterianas protegen al huésped de la inflamación intestinal, mediante la regulación de citocinas proinflamatorias o la estimulación de factores antiinflamatorios, sin embargo, el mecanismo de acción de estas bacterias aún no se comprende completamente. La mayoría de los ensayos clínicos sobre probióticos, utilizan una preparación llamada VSL#3 que contiene 8 cepas, y su administración promueve la secreción de IL10, IL1b e inhibe la IL-12, fortalece la integridad de la barrera epitelial al aumentar la expresión de proteínas responsables de la formación de uniones estrechas, y una reducción en la apoptosis. Además, se ha visto un efecto favorable en la inducción y el mantenimiento de la remisión de la CU. Una gran cantidad de cepas probióticas son capaces de producir sustancias antibacterianas, así como de desplazar a patógenos de la mucosa compitiendo por sitios de unión en la superficie de la célula epitelial o capa de moco. Pueden mejorar la función de la barrera intestinal y reducir la permeabilidad intestinal para microorganismos intestinales y otros antígenos, a través de la producción y la secreción de diferentes péptidos antimicrobianos por las células epiteliales, fortaleciendo la respuesta de las células T reguladoras y secreción de citocinas antiinflamatorias como IL10.

- Dado que una gran cantidad de hallazgos sugieren un papel fundamental de la microbiota intestinal en la EII, el trasplante fecal ha ganado cada vez más atención en los últimos años. En algunos estudios se ha demostrado su seguridad e inclusive la remisión, comparado con placebo. Aunque otros estudios no han mostrado diferencias significativas entre los pacientes que recibieron trasplante de donantes sanos o trasplantes de control preparado a partir de sus propias heces. Las metas en el TMF en la EC son corregir la disbiosis y restaurar la relación entre el huésped y la microbiota. una revisión sistemática demostró remisión clínica en 60.5%, sin embargo, no hay estudios comparados con placebo. Actualmente en EC, solo se recomienda en estudios de investigación. Un mejor entendimiento de la interacción huésped-microbiota, permitirá mejorar el manejo de la EII.

3. BREVE RESEÑA HISTÓRICA DE LOS INICIOS DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE GASTROENTEROLOGÍA: SEGUNDA PARTE.

El primer período de la gastroenterología mexicana comprende entre 1925 (con la asignación de un pabellón especial para la atención de enfermos del aparato digestivo) y la fundación de la Asociación Mexicana de Gastroenterología en 1935.

En estos diez años, partiendo casi de la nada, se empezaron a reunir los elementos que constituían la especialidad, es decir, la clínica, el laboratorio, la radiología, la endoscopia y la cirugía, elemento este último que fue característico de la gastroenterología mexicana y que se implementó más como una imperiosa necesidad por la convicción de hacer la especialidad más completa, debido a que en México no había cirujanos como ocurría en otros países. La gastroenterología mexicana en sus albores, tuvo que ser así, por necesidad, médico-quirúrgica.

Algún tiempo después, el maestro Abraham Ayala González escribió en la Revista de Gastroenterología de México un artículo titulado “Historia de la Gastroenterología. La Gastroenterología en México”, en el cual comentó que los conocimientos de la patología del aparato digestivo hasta los primeros decenios del presente siglo eran comprendidos dentro de la llamada Medicina Interna y que los maestros de la medicina interna mexicana eran médicos generales y en otra ocasión, refiriéndose a las dificultades que afrontaron para lograr su superación profesional, escribió: “Éramos entonces unos improvisados para los padecimientos del esófago, principiando entonces nuestro trabajo en ese campo de acción desconocido para nosotros, sin contar con alguien que nos pudiese aconsejar en esta difícil especialidad”.

La posición profesional del maestro Abraham Ayala González fue excepcionalmente distinguida y logró ocupar además los puestos políticos más elevados, primero Secretario General y después Jefe del Departamento de Salubridad, cargo este último que ocupó del 1o. de diciembre de 1934 al 6 de junio de 1935.

Por esa época precisamente, se estaba organizando una importante sociedad médica, el American College of Gastroenterology y el Dr. Abraham Ayala recibió la invitación del Dr. William Nimeh para organizar el Capítulo Mexicano de esa agrupación (comunicación personal del Dr. Pedro Ramos). Este hecho, aunado a los progresos que había tenido ya la gastroenterología mexicana, seguramente hizo cristalizar en él la idea de formar una sociedad mexicana de la especialidad. El maestro Ayala, sin embargo, declinó elegantemente tan atractiva invitación, porque pensaba formar más bien una sociedad mexicana.

Poco tiempo después, se vio obligado a dejar el puesto de Jefe del Departamento de Salubridad el día 6 de junio de 1935, debido a que el C. Presidente de la República, Gral. Lázaro Cárdenas, solicitó la renuncia a todos los miembros de su gabinete como consecuencia de los conflictos políticos que se habían suscitado con el jefe máximo de la revolución, el Gral. Plutarco Elías Calles.

Este suceso no constituyó, sin embargo, ningún obstáculo para que exactamente 40 días más tarde el maestro Abraham Ayala González fundara junto con 17 médicos más, el día 16 de julio de 1935, la Asociación Mexicana de Gastroenterología en el Hospital General de México. De esta manera, la Asociación quedó fundada como sigue:

Presidente: Dr. Abraham Ayala González. Socios Fundadores: Drs. Alfonso Acevedo Olvera, Salvador Ávila, Francisco Bassols, Rafael Blanc, Armando Bustos Naude, Carlos Coqui, Alberto Cancino, Jorge Flores López, Leonides Guadarrama, Soledad Luna de Gamboa, Enrique Madrigal, Raúl Meurine, Ignacio Millán, Guillermo Montaña, Pablo Ortega, Mario Quiñones Huertero y Alfonso Rojas.

A partir de la fundación de la Asociación se distinguen claramente dos períodos en su historia. Durante el primero, comprendido de 1935 a 1958 y presidido por su fundador, la gastroenterología mexicana fue plenamente constituida, fue reconocida como especialidad y se integró sólidamente con diferentes corrientes que le dieron un gran prestigio nacional e internacional. A este período el Dr. Manuel I. Fierro le llama periodo de formación. En el segundo período que comprende de 1958 hasta la actualidad, la gastroenterología continuó su desarrollo de constante progreso, se admitieron desde entonces médicos de diferentes procedencias con dedicación a especialidades afines a la gastroenterología y las Mesas Directivas, en ordenado relevo han mantenido hasta la fecha una política de unión y armonía entre todos los gastroenterólogos mexicanos. A este periodo, el mismo Dr. Fierro le llama periodo de expansión.

En el primer periodo, es decir de 1935 a 1958, las actividades de la Asociación fueron muy productivas. Existen, sin embargo, pocas fuentes de información y estas se encuentran principalmente en la Revista de Gastroenterología de México, que les dio gran difusión. Gracias a la revista y a las aportaciones resultantes de investigación histórica que han hecho maestros como el Dr. Pedro Ramos, el Dr. Eduardo Barroso, el Dr. Rafael Muñoz Kapellmann, el Dr. Manuel I. Fierro y la Dra. María Elena Anzures, entre otros, hemos podido llegar a conocer la historia de nuestra Asociación en esta primera época.

DR. HUMBERTO HURTADO ANDRADE

4. GASTRONOTICIAS:

“revisión sistemática: probióticos en el manejo de los síntomas gastrointestinales bajos - actualización de un consenso internacional basado en evidencia”.

Se publica una actualización de una revisión sistemática y de un consenso publicado en el 2013 en pacientes adultos por la Sociedad Europea de Atención Primaria en Gastroenterología. Se incluyeron 70 estudios aleatorizados que comparan diferentes productos con probióticos contra placebo (33 estudios nuevos y 37 estudios que se incluyeron en la revisión original). De estos 70 estudios: 34 fueron en pacientes con SII, 13 en pacientes con diarrea asociada a antibióticos (DAA), 7 en pacientes con diarrea ocasionada por el tratamiento de erradicación de H. Pylori, y 16 estudios en otras condiciones clínicas. A continuación presentamos algunos enunciados emanados de este consenso.

1. Probióticos específicos ayudan a aliviar síntomas globales en algunos pacientes con SII.
2. Probióticos específicos ayudan a aliviar síntomas globales en algunos pacientes con SII-C.
3. Probióticos específicos ayudan a aliviar síntomas globales en algunos pacientes con SII-D.
4. Probióticos específicos ayudan a disminuir el dolor abdominal en algunos pacientes con SII.
- 5.- Probióticos específicos ayudan a disminuir la distensión abdominal en algunos pacientes con SII.
6. Los probióticos evaluados hasta ahora no ayudan a reducir la flatulencia en pacientes con SII.
7. Probióticos específicos pueden ayudar a mejorar la constipación en algunos pacientes con SII.
8. Probióticos específicos ayudan a mejorar la frecuencia y/o la consistencia de las evacuaciones en algunos pacientes con SII.
9. Los probióticos evaluados hasta ahora no disminuyen la diarrea en pacientes con SII.
10. Algunos probióticos son benéficos como tratamiento adyuvante para prevenir o reducir la duración de la diarrea asociada a antibióticos (DAA).
11. En pacientes que reciben tratamiento de erradicación para H. Pylori, algunos probióticos son benéficos como tratamiento adyuvante para prevenir o reducir la duración/intensidad de la diarrea asociada.
12. Algunos probióticos han demostrado mejorar síntomas, lo que produce una mejoría en algunos parámetros de calidad de vida.

13. Los probióticos tienen un favorable perfil de seguridad en pacientes con un amplio variedad de síntomas gastrointestinales bajos, manejados principalmente en centros de atención primaria o en la practica de medicina general.

De los 15 estudios que examinaron síntomas globales de SII, 8 reportaron beneficios significativos de los probióticos comparados con placebo.

Los enunciados con un 100% de acuerdo y un alto nivel de evidencia fueron los relacionados al uso de probióticos para reducir síntomas globales en SII, dolor abdominal en SII, la duración o intensidad de la diarrea en pacientes que reciben antibióticos para erradicar H. Pylori y el relacionado con el perfil de seguridad.

REFERENCIA:

Hungin APS, Mitchell CR, Whorwell P, et al. Systematic review: probiotics in the management of lower gastrointestinal symptoms – an updated evidence-based international consensus. Aliment Pharmacol Ther 2018-02-20. DOI:10.1111/apt.14539