



# BOLETÍN AMG

N. 25/2018

• Revista Mexicana de Gastroenterología

•Gastrotrilología XV

•Gastronoticias

## 1.- REVISTA MEXICANA DE GASTROENTEROLOGÍA:

En el número 2/2018 de nuestra revista se publica el “Consenso mexicano sobre estreñimiento crónico”. Tres coordinadores generales realizaron una revisión de la bibliografía de enero del 2011 a enero del 2017. Con base en esta, se elaboraron 62 enunciados los cuales fueron enviados para su revisión a 12 expertos nacionales. Los enunciados fueron votados utilizando el sistema Delphi en 3 rondas de votaciones (2 electrónicas y una presencial) y calificados de acuerdo con el sistema GRADE. Aquellos que alcanzaron un acuerdo >75% fueron considerados en este consenso. A continuación, presentamos algunos enunciados acerca del tratamiento

20. En el tratamiento del estreñimiento funcional (EF), el ejercicio físico se recomienda ya que puede acelerar el tránsito intestinal.
21. Se debe recomendar a los pacientes que adopten un horario regular, adquirir una postura adecuada y disponer de tiempo suficiente para defecar.
22. En pacientes con una ingesta baja de fibra se recomienda el consumo de alimentos con alto contenido o suplementos, ya que estos pueden aumentar la frecuencia de las evacuaciones. La ingesta de líquidos (1.5 a 2 l por día) puede mejorar el estreñimiento y potenciar los efectos de la fibra en la dieta y en los suplementos.
23. En los pacientes con EF que no responden a las medidas iniciales como ejercicio, dieta alta en fibra o suplementos, y/o consumo abundante de líquidos, se recomienda utilizar tratamientos farmacológicos.
24. El polietilenglicol es el laxante osmótico más estudiado en EF y ha demostrado que incrementa la frecuencia y mejora la consistencia de las

evacuaciones.

25. La lactulosa es un laxante osmótico que incrementa la frecuencia y mejora la consistencia de las evacuaciones en EF.

26. Las sales de magnesio son útiles en el paciente con estreñimiento agudo asociado a inmovilización, y no deben usarse de manera crónica ya que producen hipermagnesemia, especialmente en pacientes con falla renal.

27. Los laxantes estimulantes como bisacodilo o picosulfato de sodio pueden utilizarse durante períodos cortos en pacientes con EF que no respondieron al tratamiento con formadores de bolo o laxantes osmóticos.

28. La evidencia para recomendar el uso de laxantes emolientes o lubricantes (docusato de sodio, parafina, glicerina, aceites minerales) en EF es muy limitada.

29. El tegaserod es un agonista no selectivo de receptores 5-HT<sub>4</sub> con eficacia demostrada en pacientes con EF que mejora la frecuencia y consistencia de las evacuaciones. Su uso se ha asociado a eventos cardiovasculares graves, por lo que en México se recomienda en mujeres menores de 55 años sin factores de riesgo cardiovascular.

30. La prucaloprida es un agonista selectivo de receptores 5-HT<sub>4</sub> que mejora el número y la consistencia de las evacuaciones, así como la calidad de vida, y disminuye la necesidad de laxantes.

31. La lubiprostona es un activador de los canales de cloro del epitelio intestinal que mejora la frecuencia de las evacuaciones, la consistencia de las heces y la calidad de vida en pacientes con EF.

32. La linaclotida es un agonista de los receptores de guanilatociclasa que aumenta la frecuencia de las evacuaciones, mejora la consistencia de las heces, disminuye el esfuerzo para evacuar y mejora la calidad de vida.

33. La plecanatida es un análogo de la uroguanilina que aumenta la frecuencia de las evacuaciones y mejora la consistencia de las heces, así como los síntomas asociados al estreñimiento.

34. Algunas cepas específicas de probióticos y algunos simbióticos parecen ser benéficos en EF ya que aumentan la frecuencia de las evacuaciones y mejoran la consistencia de las heces. No existe evidencia para recomendar el uso aislado de prebióticos.

35. Existe evidencia escasa que muestra que la colchicina mejora los síntomas de estreñimiento en pacientes con tránsito colónico lento.

36. No existe evidencia para recomendar el uso crónico de enemas o supositorios en pacientes con EF.

37. No existe evidencia para recomendar el uso de medicina alternativa o complementaria como acupuntura, herbolaria, moxibustión o lavados colónicos en el tratamiento del EC.

38. El uso de elobixibat, un inhibidor del transporte de ácidos biliares a nivel ileal, incrementa la frecuencia de evacuaciones en pacientes con EF.

39. Los antagonistas de los receptores de opioides con acción periférica (PAMORA) como el naloxegol, la metilnaltrexona, y el alvimopán han demostrado ser eficaces para el tratamiento del estreñimiento inducido por opioides (EIO). Sin embargo, estos medicamentos no están aún disponibles en nuestro país.

40. La terapia de biorretroalimentación (TBR) es el tratamiento de elección para el tratamiento a corto y largo plazo de pacientes con estreñimiento y disinergia

defecatoria.

41. La aplicación de toxina botulínica puede ser efectiva en algunos casos de disinergia de piso pélvico (hipertonía o ausencia de relajación del esfínter anal), pero su efecto es transitorio y la evidencia es limitada.

42. El tratamiento quirúrgico mediante colectomía debe reservarse para casos excepcionales en pacientes con tránsito colónico lento refractarios a tratamiento y sin disinergia defecatoria y/o cualquier otra alteración de motilidad del tubo digestivo.

*REFERENCIA:*

*Remes-Troche JM, Coss-Adame E, López-Colombo A, et al. Consenso mexicano sobre estreñimiento crónico. Rev Gastroenterol Mex 2018;83(2):168-189.*

## 2.- GASTROTRIOLOGÍA XV



El Dr. Francisco Esquivel Ayanegui, gastroenterólogo de la Ciudad de Morelia y expresidente de la AMG, nos hará una presentación acerca de “CUÁL ES EL VERDADERO PAPEL DE LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN LA DISPEPSIA”. A continuación, mostramos algunos puntos importantes de su participación.

Las manifestaciones dispépticas pueden ser causadas por enfermedades orgánicas, metabólicas o sistémicas que deben aclararse en el contexto de la dispepsia no investigada o bien corresponder a dispepsia funcional (DF), una vez excluidas las otras causas.

La infección por Hp es la más frecuente a nivel mundial, con prevalencias estimadas entre 20 y 90%, con mayores tasas en países en vías de desarrollo con deficientes condiciones de sanidad e higiene. Se ha demostrado que las cepas que expresan el gen cag-A se asocian a un mayor riesgo para el desarrollo de enfermedades como gastritis activa intensa, úlcera péptica, linfoma de bajo grado (MALT) o adenocarcinoma gástrico.

Las guías actuales de manejo para DF (4,5) sugieren que los pacientes con dispepsia no-investigada mayores de 60 años, sean sometidos a estudio endoscópico para descartar enfermedad orgánica y tomar biopsias para investigar Hp. Para los pacientes menores de 60 años, sin datos de alarma, en regiones con alta prevalencia de la infección y por costo beneficio, se recomienda la estrategia de “investigar y tratar”, utilizando alguna prueba diagnóstica no invasiva. Todos los pacientes con dispepsia no-investigada o los pacientes con DF que tengan diagnóstico de infección por Hp por algún método sensible, invasivo o no invasivo, deberán recibir tratamiento de erradicación.

No parece haber duda de que por sí sola la gastritis asociada a Hp puede causar síntomas dispépticos y diversos estudios han mostrado que tanto en la

fase de inoculación aguda como en la colonización persistente se pueden presentar síntomas de intensidad y duración variable.

Probablemente las evidencias más convincentes de la asociación entre Hp y dispepsia se han obtenido de los resultados en la erradicación de pacientes con dispepsia no investigada o con DF (7,8), que han reportado un efecto limitado, pero estadísticamente significativo (10-15%) en el control sintomático de pacientes erradicados *versus* los no tratados. El número necesario para tratar oscila entre 8 y 14.

Los pacientes con DF en los que se sospeche que el Hp sea el que origine la dispepsia, si se logra una erradicación exitosa y control de síntomas a largo plazo, sin recaídas asociadas a otros factores desencadenantes, probablemente podrían ser encasillados en el grupo de dispepsia-Hp.

### 3. GASTRONOTICIAS:

“EFECTIVIDAD DEL ESCRUTINIO DEL CANCER COLORECTAL PARA DETECTAR LA ENFERMEDAD EN ESTADIOS TEMPRANO – ESTUDIO DE COHORTE NACIONAL EN DINAMARCA”.

En este estudio, los autores nos muestran la efectividad de realizar escrutinio de cáncer colorrectal (CCR) con una prueba fecal inmunoquímica, evaluando el número de diagnósticos de CCR y el estadio al momento del diagnóstico en individuos en Dinamarca a los que se les realizó la prueba comparados contra los que no se les realizó la prueba de escrutinio.

Un total de 402,826 residentes de Dinamarca (50-72 años de edad) fueron invitados aleatoriamente a realizarse una prueba de escrutinio para CCR de marzo de 2014 a junio de 2015. Posteriormente se invitó a la prueba de escrutinio a 956,514 personas más.

La incidencia de CCR durante el periodo de estudio fue de 339.4/100,000 individuos invitados al escrutinio y de 169.6/100,000 en los individuos no invitados al escrutinio. La incidencia de CCR se incrementó con la edad entre los dos grupos.

En las mujeres invitadas al escrutinio contra las que no fueron invitadas, el riesgo relativo (RR) de ser diagnosticadas con un CCR estadio I fue de 3.39, con CCR estadio II el RR fue de 2.16, con estadio III fue 1.37 y con estadio IV fue 0.92.

En los hombres invitados al escrutinio contra los que no fueron invitados, el RR de ser diagnosticados con un CCR estadio I fue de 3.71, con estadio II fue de 2.26, con estadio III fue 1.88 y con estadio IV 1.20.

Los autores del estudio concluyen que, analizando los datos de estas cohortes en Dinamarca, encontraron que el invitar a individuos a realizarse un escrutinio para CCR con una prueba fecal inmunoquímica permite la detección de casi dos veces más casos de CCR en comparación con los individuos a los que no se invita al escrutinio. Además, el programa de escrutinio detecta CCR en etapas tempranas y por lo tanto se asegura un mejor pronóstico para los pacientes.

*REFERENCIA:*

*Larsen MB, Njor S, Ingeholm P and Andersen B. Effectiveness of Colorectal Cancer Screening in Detecting Earlier-Stage Disease – A Nationwide Cohort Study in Denmark. Gastroenterology 2018;155: 99-106.*