



BOLETÍN AMG

N. 26/2018

• Revista Mexicana de Gastroenterología

• Gastrotrilología XV

• Gastronoticias

1.- REVISTA MEXICANA DE GASTROENTEROLOGÍA:

En el número 3/2018 de nuestra revista se publica el artículo “Caracterización del carcinoma hepatocelular en México”. Este es un estudio observacional, transversal y retrospectivo, de enero de 2008 a abril de 2014 en el que se describen las características clínicas y epidemiológicas, así como el diagnóstico y el tratamiento de 148 pacientes diagnosticados con carcinoma hepatocelular en dos hospitales de tercer nivel: El Centro Médico ISSEMYM, en Metepec, Estado de México y en la Unidad Médica de Alta Especialidad N. 25 del IMSS en Monterrey, Nuevo León.

Se incluyeron a 148 pacientes: 98 (66.2%) eran hombres y 50 (33.8%) eran mujeres. La edad promedio fue de 63.9 años (DE: \pm 11.77; rango de 52-76 años). Noventa y siete pacientes (65.5%) eran del norte de México y 51 (34.5%) eran del centro de México. Las comorbilidades mayores incluyeron la diabetes mellitus tipo 2 en 62 (41.9%) casos e hipertensión en 24 pacientes (16.2%). Fue posible documentar la enfermedad hepática crónica subyacente en 130 (87.8%) pacientes. El alcoholismo y la infección crónica del virus de la hepatitis C (VHC) fueron las causas más frecuentes de enfermedad hepática y la tercera causa identificada fue la EHNA.

Cincuenta y uno (39.2%) de los 130 pacientes con enfermedad hepática subyacente fueron observados por medio de un programa de vigilancia y diagnosticados bajo esa estrategia. Los pacientes restantes fueron diagnosticados a partir de síntomas reportados y/o hallazgos clínicos asociados al tumor.

Al momento del diagnóstico, 108 (75.5%) casos presentaban un único tumor localizado, mientras que 39 (27.2%) pacientes albergaban lesiones múltiples o difusas. Al establecer el diagnóstico, los tumores en 56 (39%) pacientes eran menores de 5 cm, y mayores de 5 cm en 92 (64.3%) casos. El valor de la AFP al momento del diagnóstico fue normal en 41 (27.7%) pacientes y mayor de 20 ng/ml en el 70.3% (n = 104).

A 94 pacientes se les practicó la biopsia hepática y se estableció el grado de diferenciación histopatológica en 47 casos: el tumor era bien diferenciado en 25 (16.9%) casos, moderadamente diferenciado en 18 (12.2%) y pobremente diferenciado en 4 (2.7%) pacientes.

Treinta y cinco pacientes con enfermedad hepática subyacente, de los 51 bajo vigilancia (35/51) (68%), presentaban lesiones menores de 5 cm de diámetro, mientras que 70 de todos los pacientes que no estaban bajo vigilancia (70/97) (72.1%) presentaban lesiones mayores de 5 cm.

Se realizó tratamiento quirúrgico en 22 pacientes e incluyó 19 resecciones y 3 trasplantes de hígado. Se llevó a cabo tratamiento locorregional en 30 casos, con 14 ablaciones por radiofrecuencia (ARF), 10 quimioembolizaciones transarteriales (TACE), manejo combinado con ARF/TACE en 3 casos, y 3 crioablaciones. Sesenta y cuatro pacientes recibieron terapia sistémica: 55 casos fueron tratados con sorafenib y 9 pacientes recibieron otras quimioterapias sistémicas.

Al punto de corte en abril de 2014, 115 (77.7%) pacientes habían muerto y 33 (22.3%) seguían vivos.

Los autores comentan que la tendencia para la aparición del CHC alrededor de la sexta década de vida y el factor de riesgo principal para su desarrollo es la enfermedad hepática subyacente, presente en el 87% de los casos. Los factores etiológicos primarios en esta cohorte fueron el VHC y el alcoholismo. Ante las nuevas tendencias epidemiológicas, la enfermedad de hígado graso no alcohólico (EHGNA) se ha identificado como una tercera causa. De hecho, su prevalencia es sorprendente y coexiste frecuentemente con la diabetes mellitus y la hipertensión, a tasas similares a aquellas descritas en adultos en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. La tasa de mortalidad mayor en estos pacientes y en comparación con otras series de casos, podría ser un reflejo de la escasa disponibilidad de modalidades de tratamiento (es decir, trasplante) en los dos hospitales involucrados, así como de causas secundarias, como úlcera péptica perforada, neumonía, sepsis, y sangrado del tracto gastrointestinal superior.

El análisis de población demostró que la vigilancia fomenta el diagnóstico de tumores más pequeños e incrementa su potencial de resolución. Sin embargo, la vigilancia activa se llevó a cabo únicamente en el 39.2% de los pacientes.

Los autores concluyen que el diagnóstico sigue realizándose en etapas avanzadas de la enfermedad, en las cuales la terapia curativa ya no es una opción. La disponibilidad limitada de estrategias de tratamiento, como el trasplante y la resección, claramente afectan la supervivencia. Es por esto que el uso de estrategias de tratamiento combinado, de acuerdo con la disponibilidad en cada hospital, es crucial.

REFERENCIA:

Cisneros-Garza LE, González-Huezo MS, López-Cossio JA y Kuljacha-Gastelum AL. Caracterización del carcinoma hepatocelular en México. Rev Gastroenterol Mex 2018; 83(3):223-227.

2.- GASTROTRIOLOGÍA XV



El Dr. José Antonio Chávez Barrera, gastroenterólogo pediatra de la Ciudad de México y secretario de la AMG, nos hará una presentación acerca de “¿QUÉ TANTO DEBEMOS EVITAR EN EL TRATAMIENTO DE LA ALERGIA ALIMENTARIA?”. A continuación, mostramos algunos puntos importantes de su participación.

Se determina que cerca de una cuarta parte de la población presentará en algún momento de su vida, una reacción adversa a un alimento; especialmente durante la infancia. Estas reacciones adversas son catalogadas como intolerancia a los alimentos, envenenamiento o intoxicación por alimentos o alergia alimentaria, la cual afecta al 1 a 2% de la población general y hasta a un 8% de la población infantil. Las guías publicadas establecen que el tratamiento de las alergias alimentarias se basa en evitar el alimento o alimentos que causan los síntomas, aplicable para las reacciones mediadas por IgE, no mediadas por IgE y a las mixtas. En diversos estudios se ha logrado determinar que los niños con alergia alimentaria, muestran repercusión nutricional al ser comparados con niños sanos, mostrando una clara correlación con dos factores principales: Número de alimentos excluidos y tiempo de duración de la dieta.

Los mecanismos fisiopatológicos que pudieran explicar el déficit nutricional en pacientes con alergia alimentaria no siempre se encuentran del todo claros, sin embargo, varias hipótesis se han formulado al respecto: Se ha considerado que el estado inflamatorio que caracteriza a la enfermedad alérgica puede resultar en la disminución de la biodisponibilidad de diferentes nutrimentos o bien generadas por la falla de absorción, ante afectación de la permeabilidad intestinal. Condiciones como la falta de apego a la dieta y alergias no diagnosticadas pudieran encontrarse relacionadas. Los pacientes con alergia alimentaria muestran necesidades calóricas incrementadas muy frecuentemente relacionadas a la recuperación anatómica y funcional del tracto digestivo. Algunas condiciones relacionadas comúnmente a alergias como la gastroenteropatía eosinofílica se ha relacionado a pérdida frecuente del apetito, saciedad temprana y disfagia, condicionantes de aportes dietéticos reducidos. En ocasiones, malas interpretaciones y creencias sobre aspectos de salud por parte de padres y familiares pueden impactar en el estado nutricional de los pacientes con alergias alimentarias, siendo muy común en nuestro medio que

se le dé un valor fundamental al aporte de leche, generando resistencia por parte de los familiares para el desarrollo de apego a la dieta. En otros casos por el contrario se ha observado poca ganancia pondero-estatural en niños con alergia a alimentos dado que recibían un porcentaje de calorías menor a sus requerimientos por la restricción excesiva aplicada por los padres.

Deficiencias de vitaminas y minerales se han asociado a las dietas de eliminación en pacientes con alergia alimentaria. Casos de niños con alergia a la proteína de la leche de vaca, que cursan con raquitismo por deficiencia de vitamina D se han reportado en varios estudios, relacionado a una inadecuada suplementación dietética y carencia de supervisión. La deficiencia de yodo y de vitamina A son otros ejemplos de la repercusión de las alergias alimentarias múltiples.

Las alergias alimentarias se mantienen como un problema importante de salud que parece incrementarse. La participación multidisciplinaria del pediatra, gastroenterólogo, alergólogo y nutricionista permitirán realizar aproximaciones diagnósticas precisas e instalar tratamientos sustitutivos efectivos. De gran relevancia resulta la orientación de los padres y cuidadores que eviten la exposición accidental a los alérgenos. Los niños con alergias alimentarias requieren un seguimiento periódico para valorar un adecuado desarrollo.

3. GASTRONOTICIAS:

“uso de opiáceos en pacientes con diagnósticos gastrointestinales vs síntomas gastrointestinales inexplicables en la administración de salud de veteranos de eu”.

El objetivo de este estudio fue el de comparar el uso de opiáceos en veteranos de los Estados Unidos que tuvieran diagnósticos de enfermedades estructurales gastrointestinales (SGID) contra los que tuvieran síntomas gastrointestinales inexplicables o diagnósticos funcionales gastrointestinales (FGID), un grupo para quienes lo opiáceos no tienen una función aceptable.

Los autores encontraron una mayor proporción de veteranos con FIGD que recibieron prescripciones de opiáceos durante el año 2012 (36% de 272,431) comparados con sólo el 28.9% de 1'223,744 en el grupo de SGID (RR=1.25).

En el análisis de regresión logística multivariada, los trastornos de personalidad (OR 1.23), el abuso de drogas (OR 1.23), el no tener casa (OR 1.22), uso de medicamentos psicotrópicos (OR 1.55) y acudir al servicio de urgencias (OR 1.21) se asociaron en forma independiente con la prescripción de opiáceos.

Los autores comentan que en este estudio encontraron que casi un tercio de los veteranos con diagnósticos gastrointestinales recibieron al menos una receta de opiáceos durante el año 2012, y un promedio de 6.8 recetas por pacientes por año. El riesgo de recibir una prescripción de opiáceos fue de más del 40% entre los veteranos con FGID comparados con los que tuvieron SGID. Los factores asociados con la prescripción de opiáceos incluyeron comorbilidades psiquiátricas, el uso de medicamentos psicotrópicos, así como

el acudir con frecuencia a la sala de urgencias. Datos recientes de la Administración de Salud de Veteranos sugiere que hubo un 74% de incremento en la prevalencia anual de prescripciones de opiáceos en menos de una década.

Los autores concluyen que los opiáceos son medicamentos que se prescriben con una alta frecuencia a los veteranos con diagnósticos gastrointestinales, pero se prescriben aún con mayor frecuencia entre los veteranos con síntomas inexplicables o funcionales gastrointestinales. Este último grupo de pacientes es particularmente susceptible de tener efectos adversos en la motilidad intestinal o en la hiperalgesia visceral. Las comorbilidades psiquiátricas, prescripciones de psicotrópicos y el acudir a la sala de urgencias se correlaciona en forma importante con el uso de opiáceos en esta población. Es importante que los médicos identifiquen a los pacientes de alto riesgo de efectos adversos y disminuyan en forma importante el uso de opiáceos en pacientes sin enfermedades estructurales.

REFERENCIA:

Sayuk GS, Kanuri N, Gyawali CP, et al. Opioid Medication Use in Patients With Gastrointestinal Diagnoses vs Unexplained Gastrointestinal Symptoms in the US Veterans Health Administration. Aliment Pharmacol Ther. 2018;47(6):784-791.