



BOLETÍN AMG

N. 28/2018

• Revista Mexicana de Gastroenterología

• Gastrotrilología XV

• Gastronoticias

1.- REVISTA MEXICANA DE GASTROENTEROLOGIA:

En el número 3/2018 de nuestra revista se publica el “Consenso Mexicano para el Tratamiento de la Hepatitis C” .

El objetivo de este documento es el de servir como guía en la práctica clínica con aplicabilidad en México y dar recomendaciones con énfasis en los nuevos antivirales de acción directa. Participaron expertos en esta enfermedad con especialidades en Gastroenterología, Infectología y Hepatología. A continuación presentamos algunos de los enunciados de este consenso.

Indicaciones de tratamiento: ¿quién debe ser tratado y quién no?

- Se debe considerar para tratamiento a todo paciente con infección crónica por VHC, hayan o no sido tratados previamente (A1).
- Los pacientes con fibrosis avanzada o cirrosis (METAVIR F-3 F-4) deben recibir tratamiento en forma prioritaria (A1).
- Se recomienda tratar de manera expedita a los pacientes con cirrosis hepática en etapas de Child Pugh A y B. Los pacientes con cirrosis descompensada (Child-Pugh B y C) también deben ser tratados con urgencia con un régimen libre de IFN aunque no vayan a ser trasplantados. Los pacientes en una etapa de Child-Pugh C y una puntuación MELD mayor de 20 con indicación para trasplante hepático pueden trasplantarse primero y recibir después el tratamiento (B1).
- El tratamiento debe ser prioritario en aquellos pacientes con alguna de las

siguientes condiciones: coinfección con VIH o VHB, pacientes en el contexto de un estado pre y postrasplante hepático, pacientes con manifestaciones extrahepáticas clínicamente significativas (vasculitis sintomática asociada con crioglobulinemia mixta relacionada a VHC), nefropatía por complejos inmunes relacionada a VHC y linfoma no Hodgkin de células B y pacientes con fatiga debilitante (A1).

- El tratamiento debe ser prioritario en aquellos individuos con riesgo de transmitir el VHC, tales como: adictos a drogas intravenosas, homosexuales con prácticas sexuales de alto riesgo (promiscuidad, varias parejas, sexo sin preservativo, o con personas infectadas por VHB, herpes virus y HIV), mujeres que desean embarazarse, pacientes en hemodiálisis e individuos privados de la libertad (B1).
- Los pacientes con fibrosis moderada (F2) deben recibir tratamiento (A2).
- Los pacientes infectados con el VHC con o sin fibrosis leve (METAVIR F0 F1) y sin manifestaciones extrahepáticas deben recibir tratamiento; sin embargo, el momento del tratamiento puede individualizarse (B1).
- En pacientes con una esperanza de vida limitada debido a comorbilidades no hepáticas, el tratamiento debe individualizarse (B1).

Metas del tratamiento del virus de la hepatitis C

- El objetivo del tratamiento es curar la infección por hepatitis C, prevenir la cirrosis hepática, su descompensación, el desarrollo del cáncer hepatocelular (CHC), las manifestaciones extrahepáticas graves y la muerte. Además, evitar el contagio de la infección y la recurrencia postrasplante hepático (A1).
- El objetivo del tratamiento es lograr que el ARN del VHC sea indetectable con una prueba sensible (≤ 15 UI/ml) a las 12 semanas (RVS12) o 24 semanas (RVS24) posteriores al término del tratamiento (A1).
- En pacientes con fibrosis avanzada o cirrosis compensada, la erradicación del VHC reduce la tasa de descompensación y disminuye, sin eliminarlo, el riesgo de CHC. En estos pacientes, la vigilancia para complicaciones y CHC debe continuar (A1).
- En pacientes con cirrosis descompensada, la erradicación del VHC disminuye la necesidad de trasplante cuando el MELD es de 18-20. No se sabe si la erradicación del VHC modifica la supervivencia en el mediano y largo plazo en este grupo de pacientes (B2).

REFERENCIA:

Aiza-Haddad I, Ballesteros-Amozurrutia A, Borjas-Almaguer OD, et al. Consenso Mexicano para el Tratamiento de la Hepatitis C. Rev Gastroenterol Mex 2018;83(3):275-324.

2.- GASTROTRILOGIA XV

La Gastrotrilogía XV, que lleva por título: “Controversias en Gastroenterología”. Se llevará a cabo en la Ciudad de Pachuca, Hidalgo, los días 28 y 29 de septiembre de 2018.

El Dr. Octavio Gómez Escudero, Gastroenterólogo de la Ciudad de Puebla y tesorero de la AMG, nos hará una presentación acerca de “¿SE JUSTIFICA LA BUSQUEDA DE ENFERMEDAD CELIACA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES FUNCIONALES?”. A continuación mostramos algunos puntos importantes de su participación.

Al compartir ambas enfermedades (SII Y EC) hallazgos clínicos similares, y asociarse al consumo de alimentos, es común que tanto los pacientes como los clínicos puedan confundir su presentación y tratarlos en forma equivocada.

Las guías más recientes, incluyendo una actualización de la del ACG, y el recientemente realizado Consenso Mexicano sobre Enfermedad Celíaca proponen hacer un diagnóstico positivo basado en síntomas sin necesidad de exámenes adicionales en ausencia de signos de alarma. Una de las excepciones a la regla es búsqueda de EC, ya que hasta 75% de los pacientes con EC pueden presentar síntomas sugestivos de SII, los cuales pueden responder a dieta, incluyendo abstención de gluten.

La asociación clínica entre SII Y EC fue reportada por primera vez en 2001, en un estudio de casos y controles con 300 pacientes recién diagnosticados con SII por criterios de Roma III a los cuales se les buscó EC mediante serología, y de los 66 que tuvieron anticuerpos positivos, 14 fueron diagnosticados finalmente con EC.

Varios estudios han reportado una prevalencia combinada de 4.5% de EC en SII al aplicar los criterios de Roma I y II. Una revisión sistemática y meta-análisis publicada en 2009 evaluó la prevalencia de EC en adultos no seleccionados con SII, e incluyó 14 estudios con 4204 pacientes. La prevalencia y OR de anticuerpos AGA IgA positivos fue 4.0%, OR 3.40, de positividad para anticuerpos TTG y/o AE 1.63%, OR 2.94, y de EC comprobada por biopsias 4.1%, OR 4.34. Un meta-análisis posterior evaluó 7 estudios con 3383 pacientes con EC, y encontró una prevalencia de síntomas sugestivos de SII de 38%, con un OR de 5.60.

La asociación entre SII y EC parece operar en ambas direcciones, ya que los pacientes con EC en dieta sin gluten reportan con mayor frecuencia síntomas de SII que los controles sanos, y una proporción significativamente mayor cumple con los criterios de Roma para SII (20% vs 5%), además de tener una menor calidad de vida y un mayor número de consultas que los pacientes con EC sin SII. En el Reino Unido tanto la British Society of Gastroenterology como el National Institute for Health and Clinical Excellence in the United Kingdom recomiendan excluir EC en todos los pacientes referidos con SII, en ese país la prevalencia varía en forma regional, pero en promedio es de 10%.

En nuestro país, la prevalencia se estima entre 0.5-0.7%, aunque se considera que en algunas áreas la prevalencia puede estar subvalorada, ya que se ha calculado que la prevalencia de TTG es de 0.59% (0.27-1.29%), particularmente asociados a un genotipo HLA DQ2 y DQ8, de acuerdo a los resultados de un estudio en 1009 donadores consecutivos, por lo que la prevalencia parece ser similar a la informada en otros países. En pacientes mexicanos con SII-D y SII-Mixto (SII-M) de acuerdo a criterios de Roma III, la prevalencia de EC varía entre 2.25% y 3.5%, comparado con 0.5% de la población general, y con un OR de 5.21 ($p=0.04$). La guía clínica de EC realizada recientemente en nuestro país menciona al grupo de SII como de mayor riesgo para padecer EC, y el consenso mexicano de SII recomienda su búsqueda en pacientes con SII-D y en SII con síntomas refractarios.

En población infantil, las guías de la NASPGHAN recomiendan la realización de pruebas serológicas en todos los niños con SII, pero no con otros TFD ni en población general.

Varios estudios han evaluado la costo-efectividad de la búsqueda de EC en SII. Spiegel y cols, calcularon la costo-efectividad de dos estrategias usando un análisis de decisión: 1) empezar terapia empírica, y 2) serología para EC con biopsias duodenales en caso de positividad, y concluyen que la estrategia de buscar EC en SII-D es aceptable cuando la prevalencia de EC es mayor a 1%, y es la estrategia dominante si la prevalencia excede 8%.

Un estudio de casos y controles realizado en nuestro país en forma reciente evaluó la costo-efectividad de la búsqueda de EC en 800 sujetos con SII por criterios de Roma III, usando un grupo control pareado por edad y género, mediante una estrategia de anticuerpos múltiples y sus combinaciones, con confirmación histológica posterior. Veintiún pacientes y seis controles (5.25% vs 1.5%, $p=0.003$) tuvieron al menos un anticuerpo positivo. Las biopsias confirmaron EC en 2.5% de los pacientes con SII versus 0.5% de los controles. El subgrupo con SII-D fue el que tuvo la mayor prevalencia de seropositividad para TTG y DGP (12.7%).

Se recomienda buscar EC en el subgrupo de SII con diarrea o con síntomas refractarios si la prevalencia de EC en la población es ≥ 1 . No se recomienda su búsqueda en otros TFD.

3. GASTRONOTICIAS:

“Nuevo tratamiento endoscópico con una asa de ligadura desmontable para hemorragia por divertículos en colon: estudio multicéntrico fase II,”.

Este estudio consistió en evaluar la eficacia y seguridad de un nuevo procedimiento llamado ligadura endoscópica desmontable (EDSL) en pacientes con hemorragia diverticular. Los autores señalan que en este procedimiento no se necesita retirar el endoscopio para colocar el dispositivo de ligadura después de detectar el sitio de la hemorragia.

Este es un estudio prospectivo llevado a cabo en 12 instituciones. Se incluyeron pacientes en quienes se sospechó hemorragia por enfermedad diverticular del colon sin enfermedades sistémicas serias. El objetivo primario del estudio fue evaluar la tasa de resangrado temprana (30 días) en pacientes tratados con este método.

Se detectó hemorragia diverticular en 123 de 205 pacientes incluidos (60%) durante el periodo de junio de 2015 a marzo de 2017. De estos 123 pacientes, 101 (82%) fueron tratados con EDSL. La mayoría de pacientes (20/22) en quienes EDSL no fue exitoso se trataron con clips. La tasa de sangrado temprano recurrente fue de 7.9% (95% IC; 2.6-13.2%) (N=8/101) en pacientes tratados con EDSL.

El tiempo promedio total de la endoscopia fue de 40 minutos (15-71 min.), y del procedimiento EDSL fue de 4 minutos (1-7 min).

Solo se reportaron dos efectos adversos leves, una diverticulitis colónica y un dolor abdominal temporal.

Los autores concluyen que el procedimiento EDSL es útil y seguro para el tratamiento de hemorragia por divertículos colónicos.

REFERENCIA:

Akutsu D, Narasaka T, Kobayashi K, et al. Newly developed endoscopic detachable snare ligation therapy for colonic diverticular hemorrhage: a multicenter phase II trial (with videos). Gastrointestinal Endoscopy. 2018;88(2):370-377.