

Director: J. R. Armengol Miró

Jefe de Redacción: V. Tejedo Grafiá

Secretario de Redacción: J. Boix Valverde



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
ENDOSCOPIA DIGESTIVA



American Society for
Gastrointestinal Endoscopy

SEMANA DE LAS ENFERMEDADES DIGESTIVAS

Más de 1.500 especialistas en patologías del aparato digestivo acudieron al Palacio de Congresos de Granada del 19 al 23 de junio durante la que fue la Semana de las Enfermedades Digestivas. Este encuentro ha supuesto el que por primera vez en nuestro país hayan coincidido las reuniones nacionales de la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD), la Sociedad Española de Endoscopia Digestiva (SEED) y la Asociación de Ecografía Digestiva (AED). Junto a ellas, representantes de otras sociedades de reconocido prestigio a nivel internacional, entre ellas, la *American Gastroenterological Association* (AGA), la *European Association for Gastroenterology and Endoscopy* (EAGE) la *American Society for Gastrointestinal Endoscopy* (ASGE) y la *International Digestive Cancer Alliance* (IDCA).

(continúa en página 2)

X CURSO DE POSTGRADO X POSTGRADUATE COURSE



Miembros de la Fundación y de la Sociedad Española de Endoscopia Digestiva junto a los miembros de la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal que actuaron como ponentes en el X Curso de Postgrado. En el centro de la imagen, el presidente de la ASGE, J. W. Falk.

(crónica en páginas 6 a 8)
(entrevistas en páginas 9 a 13)

CONGRESO NACIONAL DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA (pág. 3 a 5)

- Mesa redonda "Endoscopia en la Hipertensión Portal".
- Conferencia magistral "Últimos Avances en las Nuevas Tecnologías Endoscópicas"
- Mesa de consenso "La Endoscopia en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal".



Dr. José Ramón Armengol
Presidente de la Fundación (FEED)

"Desde el momento en que el doctor Malagelada nos propuso participar en la creación de la Semana de las Enfermedades Digestivas, junto a la SEPD y la AED, la idea nos pareció excelente"



Dr. M. Muñoz Navas
Presidente de la SEED

"Hemos tenido la suerte de contar con la participación de diez prestigiosos especialistas norteamericanos que nos han expuesto su experiencia en diversas técnicas endoscópicas"



Dr. Gary W. Falk
Presidente de la ASGE

"No sabemos si en Estados Unidos vamos a poder permitirnos el lujo, desde un punto de vista económico, de llevar a cabo programas de screening en pacientes con Esófago de Barret"



Dr. Francisco Pellicer
Director del Curso de Postgrado de Endoscopia Digestiva

"Este año el Curso ha contado con un programa muy denso que, en definitiva, es un auténtico compendio de endoscopia"



Dr. Robert H. Hawes
Co-director del Curso de Postgrado de Endoscopia Digestiva

"Destaco de forma especial los contenidos del Curso y la organizada estructura de cada una de las exposiciones"

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA
FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

"Endoscopia Gastrointestinal Española"



FEED / SEED
Francisco Silvela, 69, 2º C - 28028 Madrid
Teléfono: 91 402 13 53 Fax: 91 402 76 91

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA
FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

<http://www.aeed.org>

Francisco Silvela 69, 2º-C 28028 MADRID

Granada acogió la Semana de las Enfermedades Digestivas

Las tres "hermanas" de la especialidad en Aparato Digestivo se reunieron en la primera "Semana de las Enfermedades Digestivas", cinco días durante los que tuvieron lugar dos congresos y una jornada: el LXV Congreso Anual de la SEPD, el Congreso Nacional de la SEED y las XVII Jornadas anuales de la AED. Esta iniciativa de concentración responde a la tendencia imperante en otras sociedades como la americana, la europea, la belga o la francesa. El resultado fue la concurrencia de más de 1.500 especialistas implicados en el manejo de la patología digestiva que asistieron a la presentación de las últimas novedades en todo lo que a esta especialidad concierne.

Impacto de las enfermedades digestivas

Según el presidente de la SEPD, el doctor Juan Ramón Malagelada, prevalencia y peligrosidad distinguen las enfermedades digestivas. Por su peligrosidad, destacó este especialista, el cáncer digestivo, las enfermedades hepáticas como la cirrosis o la hepatitis crónica, la esteatonecrosis y la enfermedad inflamatoria intestinal. Por su prevalencia, enfermedades no tan graves pero cuyo impacto en la calidad de vida del enfermo hace de ellas un problema de primer orden. El reflujo gastroesofágico, las enfermedades ácido pépticas en general, los trastornos funcionales como la dispepsia y el síndrome del intestino irritable, son las más frecuentes.

Datos recientes sobre incidencia señalan que las enfermedades digestivas representan el 25 por ciento de todos los ingresos hospitalarios. Asimismo, cabe destacar que una de cada tres muertes por cáncer lo es por uno de tipo digestivo. En este sentido, los especialistas coinciden en que la mejor forma de hacer frente al cáncer reside en fomentar la prevención.

Datos recientes señalan que las enfermedades digestivas representan el 25 por ciento de todos los ingresos hospitalarios

Así se está haciendo desde hace años en Estados Unidos, donde el cumplimiento de los programas de detección precoz del cáncer de colon se ha incrementado significativamente en los últimos años, pasando de un 35 a un 70 por ciento.

Congreso SEPD

Además del habitual Curso de Postgrado que la SEPD organiza conjuntamente con la AGA y que con ésta ha cumplido ya su decimotercera edición, el programa del Congreso Anual de la SEPD incluyó como novedad un Curso en colaboración con la EAGE, rama educacional de la *United European Gastroenterology Federation* (UEGF), órgano responsable de la organización de la Semana Europea de las Enfermedades Digestivas. Conferencias, sesiones, simposios, talleres de informática, comunicaciones orales y posters completaron la oferta de la SEPD.

Congreso Nacional SEED

El programa del que fue este primer Congreso Nacional de la SEED contó con numerosas actividades entre las que cabe destacar una mesa redonda dedicada a la endoscopia en la hipertensión portal; una conferencia magistral sobre nuevas tecnologías en este campo, conferencia que corrió a cargo del doctor José Ramón Armengol Miró, presidente de la Fundación Española de Endoscopia Digestiva; una sesión de consenso sobre la endoscopia en la enfermedad inflamatoria intestinal, en la que también participaron representantes de la SEPD; un videomaratón y varios talleres. Asimismo, tuvo lugar una sesión de técnicas endoscópicas para residentes y el ya tradicional Curso de Postgrado en Endoscopia Digestiva, organizado conjuntamente



Los doctores López Cano, Muñoz Navas y Malagelada en la jornada inaugural de la Semana de las Enfermedades Digestivas.

con la ASGE y que este año, bajo el lema "Posibilidades y límites de la Endoscopia", cumplió su décimo aniversario.

Durante el Congreso, el doctor Miguel Muñoz Navas, presidente de la SEED, hizo referencia a la espectacular evolución que la endoscopia digestiva ha experimentado en los últimos años, refiriéndose tanto a su faceta diagnóstica como terapéutica. *"En la parte diagnóstica—comenzó—, habría que destacar la cada vez más frecuente utilización de la cápsula endoscópica, el gran desarrollo de la ecoendoscopia, la enteroscopia de doble balón—que permite alcanzar con relativa facilidad tramos de intestino hasta ahora muy difíciles de objetivar—y las nuevas tecnologías, como la alta definición, la magnificación con o sin cromoendoscopia y la microscopia endoscópica. Y en la vertiente terapéutica, reseñar las diversas posibilidades de la ecoendoscopia y de la enteroscopia de doble balón en el tratamiento de lesiones neoplásicas y el tratamiento del reflujo gastroesofágico."*

En cuanto a la situación de la endoscopia en España, el doctor Miguel Muñoz Navas apuntó que son ya muchos los especialistas que disponen de lo último en avances tecnológicos y son capaces de aplicar las técnicas endoscópicas más novedosas al mismo tiempo que se desarrollan y se implantan en otros países europeos o en EE.UU.

Ecografía Digestiva

La inclusión de las Jornadas anuales de Ecografía Digestiva en esta Semana de las Enfermedades Digestivas, según el doctor Antonio López Cano, presidente de la AED, ha permitido que *"un mayor número de gastroenterólogos que no se dedican específicamente a esta técnica nos conozca y se sienta interesado por ella"*.

Durante las mismas, tuvo lugar la celebración de su VIII Curso de Postgrado, así como de una sesión dedicada al impacto de los ultrasonidos en Oncología Digestiva, la presentación de comunicaciones orales y diversos talleres.



En estas imágenes se recogen algunos de los momentos y de los protagonistas de este Congreso de la SEED. A la izquierda, miembros de la ASGE y de la SEED que participaron durante el Curso de Postgrado en Endoscopia Digestiva. En la parte superior y a la izquierda de estas líneas, los doctores **José Ramón Armengol-Miró** y **Jaume Boix Valverde** conversan con el doctor **Manuel Valenzuela**, miembro de la SEPD. La fotografía inferior muestra el aspecto, repleto, de una de las salas de este Palacio de Congresos de Granada durante la celebración del Congreso. A la derecha, arriba, el doctor **Javier Pérez Piqueras** muestra un ejemplar del libro, recién editado, "Documentos de Consentimiento Informado en Endoscopia Digestiva", del que es coautor junto al doctor **Miguel Muñoz Navas**, presidente de la SEED (abajo) y **Ricardo de Lorenzo**, socio director del bufete De Lorenzo Abogados y presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario. El libro ha sido editado por EDIMSA y patrocinado por el laboratorio CASEN FLEET.



Congreso Nacional de Endoscopia Digestiva

En su primera jornada, el Congreso Nacional de Endoscopia arrancó con la celebración de una mesa redonda dedicada a la endoscopia en la hipertensión portal. A ella le siguieron una conferencia magistral sobre últimos avances en las nuevas tecnologías endoscópicas, conferencia que corrió a cargo del doctor José Ramón Armengol Miró, y una sesión en la que expertos en la materia pusieron sobre la mesa diversos aspectos a tener en cuenta en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) al objeto de redactar a posteriori un documento de consenso en este campo.

Bajo el epígrafe “La endoscopia en la hipertensión portal” tuvo lugar una primera mesa redonda presidida por el doctor Miguel Muñoz-Navas y cuya moderación corrió a cargo del doctor José Luis Vázquez Iglesias. En ella participaron los doctores Joaquín de la Peña, quien se centró en el manejo endoscópico de las varices esófago-gástricas; Ignacio Fernández Urién Sanz, quien lo hizo sobre el papel de la cápsula endoscópica en la hipertensión portal; Josep Llach, que habló sobre gastropatía portal; y José Luis Calleja Panero, que puso el punto y final a la sesión con una intervención acerca de las aportaciones de la ecoendoscopia en la hipertensión portal.

Varices esófago-gástricas

En su intervención, el doctor de la Peña comenzó apuntando que “debido a la alteración estructural producida en el hígado en los pacientes cirróticos y a los cambios funcionales derivados de ésta, es bien conocido el desarrollo de una circulación colateral en forma de varices en distintos territorios, siendo el más importante, con diferencia, el esofágico, seguido del gástrico”. Se estima, explicó el experto, que dos tercios de los pacientes cirróticos desarrollan varices esofágicas a lo largo de su vida. En cuanto a la prevalencia de las varices gástricas, asociadas o no a las esofágicas, éstas es, señaló, de un 25 por ciento. Entre las complicaciones más graves de las varices esofago-gástricas aludió a su potencial de sangrado: “El riesgo de presentar un primer episodio de hemorragia en pacientes con varices que no han recibido tratamiento previo varía entre el 7 y el 30 por ciento a los dos años, con mayor riesgo a mayor tamaño de las mismas en la endoscopia”. De esta forma, aseguró, entre el 30 y el 40 por ciento de los pacientes con cirrosis va a presentar una hemorragia digestiva por rotura de varices a lo largo de su seguimiento y más de la mitad de quienes sobreviven presentará un nuevo sangrado durante el primer año si no se aplica tratamiento preventivo. El tratamiento endoscópico puede prevenir este primer episodio hemorrágico, afirmó el doctor de la Peña, no obstante, continuó,

“dado que la ligadura de varices tiene efectos secundarios potencialmente mortales, aunque escasos, los consensos recomiendan la ligadura endoscópica de varices profiláctica en aquellos pacientes intolerantes o con contraindicación a los betabloqueantes”.

Cápsula e hipertensión portal

En cuanto a la utilidad de la cápsula endoscópica, el doctor Fernández Urién Sanz señaló que ésta “podría ser en el futuro una buena alternativa en el diagnóstico de las lesiones del tracto digestivo superior secundarias a la hipertensión portal”. Y matizó “en el futuro” porque, según explicó, aún quedan aspectos pendientes: por un lado, la detección de varices fúndicas es “subóptima” y, por otro, todavía se ignora la relación coste-efectividad de esta técnica.

“La cápsula endoscópica –concluyó– ha de ser una técnica de primera línea, sin ninguna duda, en el paciente cirrótico con hipertensión portal, anemia y hemorragia digestiva de origen oscuro, a pesar de la presencia de lesiones por hipertensión portal a otros niveles”.

Gastropatía portal

Sobre gastropatía portal y concretamente sobre la hemorragia como posible complicación, trató a continuación el doctor Llach. La hemorragia, explicó, es relativamente poco frecuente en estos casos y suele ir asociada a gastropatía muy severa. “Cuando hay hemorragia y ésta es clínicamente significativa –subrayó–, la mayoría de los grupos está de acuerdo en considerar el llevar a cabo un tratamiento farmacológico del episodio hemorrágico, básicamente con somatostatina, con lo cual se consigue el control hemostático en la mayoría de los casos. En esta situación, pasaríamos a tener una hemorragia controlada y tendríamos que plantearnos la posibilidad de aplicar un tratamiento betabloqueante para prevenir la recidiva hemorrágica”.

A pesar de que en la mayoría de los casos se consigue el control farmacológico de la hemorragia, el doctor Llach apuntó que existía un pequeño grupo de pacientes en los que bien falla el tratamiento bien se produce una recidiva inmediata o persistente. Desde hace ya algunos años, apuntó, se ha planteado la posibilidad de aplicar a estos pacientes un tratamiento endoscópico siendo la coagulación con argón plasma la que parece demostrar una mayor eficacia en el manejo de la hemorragia por gastropatía de la hipertensión portal.

Ecoendoscopia

Para concluir, tomó la palabra el doctor Calleja, quien aseguró que el diagnóstico de hipertensión portal debía seguir basándose en datos clínicos analíticos, endoscópicos y ecográficos. En



Mesa redonda sobre “La Endoscopia en la Hipertensión Portal”.

su opinión, “la ultrasonografía es superior a la gastroscopia, especialmente en varices gástricas fúndicas”. Comentó, asimismo, que esta técnica “puede aportar información morfológica que el tiempo nos dirá si tiene algún tipo de validez en predecir el riesgo” y subrayó que “la utilización del Doppler color puede ayudarnos a medir de manera más fiable el número y tamaño de las varices colaterales de forma que pudiera tener un valor pronóstico”.

La conferencia magistral corrió a cargo de José Ramón Armengol-Miró

Últimos avances en nuevas tecnologías endoscópicas

Tres etapas han marcado el nacimiento, desarrollo y evolución de la endoscopia. Así lo apuntó el doctor José Ramón Armengol Miró en su conferencia “Últimos avances en las nuevas tecnologías endoscópicas”, en la que, como punto de partida, hizo referencia a “el período preendoscópico, cuando el patólogo, gracias al microscopio estereoscópico tridimensional, obtiene las primeras imágenes de las mucosas del tubo digestivo; la endoscopia óptica, con aparatos capaces de magnificar la imagen unas treinta veces e incluso, hasta cuarenta o cincuenta en el caso de algún instrumento japonés; y la endoscopia electrónica, en la que los instrumentos disponen de un zoom mucho mayor y proporcionan una calidad de imagen muy superior, pudiendo hablar ya en 1994, por primera vez, del estudio superficial de las mucosas del tubo digestivo”.

Según este experto, el avance de las nuevas tecnologías se enfrenta a determinados intereses y a dificultades de tipo económico, sin embargo, “vale la pena luchar por su desarrollo e instauración”.

La primera técnica a la que el doctor Armengol hizo referencia fue la cromoscopia, que si bien no es una avance novedoso, señaló que ésta “se reinventa gracias a la aparición de sofisticados instrumentos como el endoscopio de alta definición”.

La ventaja principal de la cromoscopia, explicó, es que permite delimitar la lesión, bien mediante el realce bien mediante la tinción, dependiendo del tipo de colorante que se emplee: indigo carmín, para el primer caso; azul de metileno, para el segundo. Pero la cromoscopia también cuenta con inconvenientes, siendo el principal que elimina la posibilidad de un rastreo y de una visión próxima de la superficie vascular, apuntó.

A continuación, pasó a hablar de la magnificación, en la que se puede hablar de dos tipos de zoom, del óptico y del electrónico, siendo el primero de ellos, en su opinión, el mejor. Dentro del óptico distinguió entre el fijo y el variable, este último, destacó, más potente y de mayor calidad. Con respecto a la utilidad de la magnificación explicó que “permite ver la microestructura de la superficie mucosa del tubo digestivo, de la laringe y de la faringe, y la microestructura vascular, tanto normal como patológica, en el caso de los pequeños tumores”.

Y para concluir, se refirió al Narrow Banding, el cual puede ser secuencial o de color, cuyo resultado, señaló, es el mismo. “En el futuro todos los instrumentos tendrán un sistema de Narrow Banding que permitirá ver lesiones que de otra forma pasarían desapercibidas”. En cuanto a las indicaciones más importantes del Narrow Banding destacó el estudio del esófago de Barret y el seguimiento de la colitis ulcerosa de larga evolución aunque, sobre esta última, advirtió que se precisaba de “un colon especialmente bien preparado, un enfermo muy sedado y una gran paciencia, puesto que la exploración es larga”.

Mesa de Consenso: EII

Al objeto de alcanzar un consenso acerca de la utilidad de la endoscopia en el manejo de los pacientes con EII, tuvo lugar una sesión en la que participaron diversos especialistas que intervienen, en uno u otro modo, en el abordaje de esta enfermedad. En primer lugar, el doctor Miguel Ángel Gasull Duró, presidente de la European Crohn and Colitis Organisation (ECCO), aportó su perspectiva desde el punto de vista clínico. A continuación, tomaron la palabra dos endoscopistas, los doctores Fernando Alberca de las Parras, del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia, y Pedro Menchén Fernández-Pacheco, del Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid. La utilidad de la endoscopia en el seguimiento de los pacientes con EII y de la cápsula endoscópica fueron, respectivamente, los temas en los que centraron su exposición. Cerrando el turno de intervenciones, el doctor Rafael Alós, del Hospital de Sagunto en Valencia, aportó su experiencia en la intervención quirúrgica de pacientes con EII.

Exposición del documento de trabajo previo

La sesión, que contó con la presencia del doctor Germán Alonso Maillo, secretario de la SEED, concluyó con la exposición del documento de trabajo previo a la elaboración del consenso definitivo en el cual se recogerán las aportaciones de los diversos ponentes de esta mesa. Dicha exposición corrió a cargo del doctor Jaime Boix Valverde, de la Unidad de Endoscopia Digestiva del Hospital Universitario de Badalona Germans Trias i Pujol, y que actuó como moderador del encuentro. Destacó aquí que “la endoscopia es, tanto en su modalidad diagnóstica como terapéutica, de una gran ayuda para el manejo de la EII y útil en la enfermedad de Crohn y también en la colitis ulcerosa. Sirve, además, en el diagnóstico inicial de EII, distingue entre la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa, permite un diagnóstico de la extensión, de la actividad y de la severidad de la enfermedad. Y monitoriza la respuesta a tratamientos, permite la vigilancia de aparición de displasia/neoplasia e incluso, en ocasiones, permite un tratamiento endoscópico de las estenosis mediante dilatación”.



Mesa de consenso sobre “La Endoscopia en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal”.

Talleres de trabajo

Expertos nacionales e internacionales participaron en los talleres de trabajo organizados por la Fundación Española de Endoscopia Digestiva

Ecoendoscopia diagnóstica y terapéutica, enteroscopia, mucossectomía, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y costes en endoscopia digestiva fueron los temas elegidos por la Fundación Española de Endoscopia Digestiva (FEED) para la celebración de los talleres de trabajo de este año. Seis fueron los talleres de trabajo que durante la mañana y la tarde del jueves 22 de junio tuvieron lugar bajo el auspicio de la FEED.

La presencia de expertos miembros de la American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) junto a expertos nacionales fue una de las novedades de estos talleres con respecto a ediciones anteriores. Esto permitió a los asistentes comparar la experiencia entre ambos países en los diversos temas tratados y preguntar directamente sus dudas al respecto. El resultado: sesiones en las que predominó la interacción entre el público y los invitados.

Ecoendoscopia

Dos fueron los talleres que se dedicaron a ecoendoscopia. El primero, sobre aspectos diagnósticos de la misma, contó con la participación de los doctores Irving Waxman, de la Sección de Gastroenterología de la University of Chicago (Estados Unidos); Michael Wallace, de la Mayo Clinic de Florida (Estados Unidos); y M. Abu-Suboh, del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona. En el segundo, centrado en ecoendoscopia terapéutica, participaron, además de los doctores Waxman y Wallace, el doctor José Carlos Súttil Iñigo, del Servicio de Digestivo y Unidad de Endoscopia de la Clínica Universitaria de Navarra.

Como pusieron de manifiesto durante la celebración de estos talleres, la ecoendoscopia diagnóstica ha madurado gracias a la introducción de la biopsia de punción para obtener tejido. Gracias a esto ya es posible hacer un diagnóstico de certeza, por ejemplo, en pacientes con cáncer, lo que abre la posibilidad de instaurar el tratamiento adecuado, bien sea quimioterápico o quirúrgico, más tempranamente. Esto se relaciona también con la vertiente terapéutica de la técnica, especialmente en la apertura de un nuevo campo para el tratamiento de procesos oncológicos. Avances como la inyección de sustancias biológicas y de terapia génica en tumores avanzados de páncreas

y esófago constituyen una nueva concepción del abordaje de las enfermedades cancerosas, abordaje este de carácter interdisciplinar. Por otra parte, en las enfermedades pancreático biliares benignas la ecoendoscopia intervencionista está abriendo también toda una nueva vía de terapias para casos que antes podían no tener solución.



Enteroscopia

Los doctores Hironori Yamamoto, del Departamento de Gastroenterología de la Jichi Medical School de Japón; Ángel Caunedo, del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Virgen Macarena de Sevilla; y Enrique Pérez Cuadrado, del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Morales Messeguer, tomaron parte en el taller dedicado a enteroscopia.

En cuanto a indicaciones de la técnica, coincidieron en que la enteroscopia de doble balón está indicada en la exploración, diagnóstico y tratamiento de las lesiones del intestino delgado, siendo su indicación más frecuente la hemorragia de origen oculto. Asimismo, destacaron su papel en el estudio de la diarrea crónica y en la exploración del colon en casos difíciles, cuando la realización de la colonoscopia es prácticamente imposible mediante la utilización de un endoscopio convencional. "En estos casos –apuntó el doctor Yamamoto– la endoscopia de doble balón resulta de gran utilidad, permitiendo la realización de una colonoscopia total". El doctor Yamamoto, destacó también su indicación en ERCP en caso de anastomosis en Y de ROUX.



CPRE

Los especialistas invitados a participar en el taller sobre CPRE fueron los doctores norteamericanos John Baillie, director del Servicio Hepatobiliar y de Trastornos Pancreáticos de la Wake Forest University Health Sciences de Winston-Salem, en Carolina del Norte; Rob Hawes, del Digestive Disease Center Medical University de Carolina del Sur; y Richard A. Kozarek, del Virginia Mason Medical Center de Seattle. Junto a ellos, el doctor J. Dot Bach, del Hospital Vall d' Hebron de Barcelona.

Colocación del paciente, trucos y utensilios adecuados para realizar una canulación difícil y prevención de las complicaciones más frecuentes de la CPRE –tales como pancreatitis, hemorragia o perforación– fueron algunos de los ejes en torno a los cuales giró este taller de trabajo.

Según datos al respecto, la prevalencia de pancreatitis post- CPRE oscila en torno al 5 por ciento. En el caso de las pancreatitis severas, esta prevalencia varía entre el 0.5-0.7 por ciento. En opinión del doctor Dot, esto “depende en gran medida de la experiencia del explorador puesto que en aquellos centros donde se realizan con más frecuencia el índice de complicaciones post- CPRE es menor”.

Algunos estudios han demostrado que ciertas variables van asociadas a un mayor índice de complicaciones como pancreatitis y perforación. Las más destacadas, según se puso de manifiesto durante el taller: sexo femenino, disfunción del esfínter de Oddi, papila intradiverticular y determinados tipos de cirugía previa, por ejemplo, una gastrectomía Billroth II.

En cuanto a las indicaciones de la CPRE, estos expertos comentaron que hace unos años se utilizaba principalmente para el diagnóstico, sin embargo, desde la aparición de la resonancia magnética y del TAC, la CPRE se ha ido utilizando cada vez más con intención terapéutica, sobre todo para la extracción de cálculos de la vía biliar, dilatación de estenosis de la vía biliar, colocación de prótesis en tumores de páncreas o de las vías biliares y terapéutica pancreática –esfinterotomía del Wirsung, colocación de prótesis en el Wirsung o colocación de stents en pacientes con estenosis por pancreatitis crónica, entre otras–.



Mucosectomía

En el taller sobre mucosectomía participaron los doctores Juan María Pou Fernández, del Servicio de Endoscopia de la Clínica Sagrada Familia (Barcelona); Jaume Boix Valverde, de la Unidad de Endoscopia Digestiva del Hospital Universitario de Badalona “Germans Trias i Pujol” (Barcelona); y José Luis Vázquez Iglesias, del Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo (A Coruña).



La mucosectomía, definió el doctor Vázquez Iglesias, “es una técnica endoscópica terapéutica que consiste en extirpar la mucosa del tubo digestivo en algún punto en el que haya una lesión”. Este especialista recordó que “hace años, se entendía que era muy difícil poder reseca otra cosa que no fuera un pólipo pedicular puesto que se suponía que al reseca zonas planas o poco elevadas del tubo digestivo se podía producir fácilmente una perforación”. La evolución de la técnica gracias, por ejemplo, a las técnicas de inyección de líquidos, ha permitido reseca zonas planas o poco elevadas con un amplio margen de seguridad.

Cálculo de Costes

Para hablar de costes, este taller contó con la presencia de los doctores José Ramón Armengol-Miró, presidente de la FEED; Miguel Muñoz Navas, presidente de la AEED; George Triadafilopoulos, de la Stanford University School of Medicine (Estados Unidos); y David Bjorkman, de la University of Utah School of Medicine en Salt Lake City (Estados Unidos).

Durante este taller el doctor Triadafilopoulos planteó la necesidad de llevar a cabo estrategias de screening y vigilancia en aquellos pacientes con Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE). Según puso de manifiesto, así como las técnicas de screening mediante colonoscopia han demostrado ser coste-eficaces en la prevención y diagnóstico precoz del cáncer colorrectal –según la experiencia de Estados Unidos–, los estudios sugieren también que deberían ponerse en marcha

estrategias de cribaje mediante endoscopia en pacientes que presenten ERGE con síntomas tales como regurgitación o ardor. En su opinión, estas estrategias contribuirían a la prevención del cáncer de esófago y a la adopción de tratamientos más adecuados en cada caso.

Los especialistas españoles, por su parte, se mostraron de acuerdo con la adopción de este tipo de iniciativas dando prioridad, en nuestro país, a la puesta en marcha de campañas de prevención y diagnóstico precoz del cáncer colorrectal.

Asimismo, durante el taller se habló otro tipo de costes como los derivados de la contratación de personal o de la compra de instrumental, cuya rápida evolución y elevado precio hacen que no todas las unidades puedan contar con la última tecnología en este campo.



El Curso de Postgrado celebra su décimo aniversario

X Curso de Postgrado de Endoscopia Digestiva

Bajo el título “Posibilidades y límites de la Endoscopia”, el ya tradicional Curso que ininterrumpidamente organiza conjuntamente la SEED y la ASGE cumplió diez años de trayectoria. Como novedad, prácticamente se duplicó el número de ponentes con respecto a ediciones precedentes y, en consecuencia, el tiempo dedicado al mismo, que se extendió de una sola mañana a una jornada completa.

Un total de 25 ponencias a cargo de reconocidos expertos tanto nacionales como internacionales dieron cuerpo al programa científico de este décimo Curso de Postgrado, un programa caracterizado tanto por su amplitud como por la heterogeneidad de sus contenidos.

La dirección honorífica del Curso recayó en los doctores Javier Pérez Piqueras, del Servicio de Digestivo del Hospital San Francisco de Asís (Madrid), y José Ramón Armengol-Miró, presidente de la Fundación Española de Endoscopia Digestiva; mientras que la dirección del mismo corrió a cargo de los doctores Francisco Pellicer Bautista, del Servicio de Aparato Digestivo-Endoscopia del Hospital Virgen de la Macarena (Sevilla), y Rob Hawes, del Digestive Disease Center Medical University de Carolina del Sur (EEUU).

Sangrado de varices esofagagástricas

El doctor José Luis de la Peña, del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander, fue el encargado de abrir el turno de intervenciones y lo hizo con una conferencia acerca del sangrado de varices esofagagástricas. Como explicó este especialista, “el diagnóstico de la hemorragia por varices es siempre endoscópico”. En cuanto al manejo inicial de un paciente con hemorragia digestiva secundaria a varices, señaló que este se basa en mantener una situación hemodinámica estable, actuar sobre el punto de sangrado y evitar complicaciones infecciosas posteriores. “El manejo hemodinámico –explicó– se realiza mediante la expansión de volumen y la transfusión de concentrados de hemates”. Con respecto al control de las infecciones, apuntó que este residía en la utilización de antibioterapia de amplio espectro durante siete días.

Hemorragia no varicosa

A continuación, tomó la palabra el doctor José Luis Vázquez-Iglesias, del Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo de A Coruña. El doctor Vázquez-Iglesias hizo referencia a la hemorragia digestiva alta, la cual definió como “toda pérdida de sangre originada en el tracto digestivo superior, entre región faringoesofágica

y ángulo de Treitz, de una intensidad suficiente como para que se manifieste por hematemesis y/o melenas”. Incluyó dentro de esta definición aquellas hemorragias de los órganos vecinos que drenan su sangrado a esta parte del tubo digestivo, bien por orificios naturales, como en las hemorragias del árbol biliar o conductos pancreáticos, bien por orificios patológicos, como en las fistulas aortodigestivas.

Como explicó este especialista, las hemorragias digestivas representan uno de los cuadros de urgencia más frecuentes. En los países occidentales, detalló, se producen aproximadamente entre 60 y 150 cuadros de hemorragia digestiva alta y entre 20 y 30 casos de hemorragia digestiva baja por cada 100.000 habitantes/año. Esto se traduce en más de 400.000 ingresos hospitalarios en Europa y otros tantos, aproximadamente, en Estados Unidos.

Bajo el título “Posibilidades y límites de la Endoscopia”, el ya tradicional Curso que ininterrumpidamente organiza la SEED y la ASGE cumplió diez años de trayectoria

El doctor Vázquez-Iglesias señaló que la trascendencia de las hemorragias digestivas radica en su elevada mortalidad, en torno al 6-10 por ciento de los casos.



De izquierda a derecha, los doctores Baillie, Muñoz-Navas y Triadafilopoulos.

Terapia ablativa endoscópica y Esófago de Barret

Dadas las limitaciones del tratamiento médico y quirúrgico en el manejo del paciente con Esófago de Barret, objeto de la siguiente y de otras intervenciones durante este Curso, se ha estudiado la aplicación de diversas técnicas de ablación de la mucosa aplicadas a estos casos. Según el doctor Gary W. Falk, del Departamento de Gastroenterología y Hepatología del Cleveland Clinic Lerner School of Medicine of Case Western Reserve University de Ohio (EEUU), la hipótesis es que la eliminación de la mucosa metaplásica, acompañada de un intenso bloqueo de secreción de ácido, promovería la reepitelización a partir de epitelio escamoso normal, lo que podría repercutir en la reducción o eliminación del riesgo de desarrollar un adenocarcinoma de esófago. Existen, explicó, diversas técnicas de este tipo: la ablación termal, la terapia fotodinámica y la resección endoscópica de la mucosa. Si bien se ha visto que la aplicación de estas técnicas promueve la reepitelización escamosa, diversos estudios han puesto de manifiesto la persistencia de focos de metaplasia intestinal por debajo del epitelio escamoso, apuntó el experto.

Resección endoscópica de la mucosa en el Esófago de Barret

Las intervenciones del doctor George Triadafilopoulos, de la Stanford University School of Medicine (Estados Unidos), versaron también acerca del Esófago de Barret. Según este experto, el diagnóstico temprano de las lesiones neoplásicas en el esófago de Barret mediante un videoendoscopia estándar es muy difícil, sin embargo, puede recurrirse a la cromoesofoscopia, la endoscopia de magnificación, la tomografía de coherencia óptica o la autofluorescencia para mejorarlo. Además, subrayó, la aplicación del protocolo de Seattle de biopsias frecuentes puede mejorar la tasa de detección del cáncer en un 50 por ciento.



Mesa presidencial del Curso de Postgrado.

El doctor Triadafilopoulos se refirió a la resección endoscópica de la mucosa en el Esófago de Barret, una técnica sobre la que presentó algunos estudios como el de Pech et al. (GIE: AB 84, 2006). En este estudio a 5 años, que versó sobre una muestra de 304 pacientes con displasia de alto grado en el Esófago de Barret y a los que se practicó una resección endoscópica de la mucosa, la tasa de remisión completa fue del 86 por ciento, hubo recurrencia en el 21, mortalidad asociada a cáncer en el 1 y complicaciones en el 15. A la vista de estos y otros resultados y apelando a su propia experiencia, el especialista defendió la resección endoscópica de la mucosa como alternativa a la cirugía o a la ablación de la mucosa en el Esófago de Barret.

Por otro lado, el doctor Triadafilopoulos se refirió a la idoneidad de llevar a cabo estrategias de screening y vigilancia de aquellos pacientes con Esófago tanto displásico como no displásico de Barret.

Estenosis esofágicas

Por su parte, el doctor Francisco Javier Jiménez Pérez, de la Sección de Exploraciones Digestivas del Hospital de Navarra, se centró en los límites y posibilidades de la endoscopia en las estenosis esofágicas.

Tanto las estenosis tumorales como las no tumorales, explicó, pueden ser tratadas endoscópicamente, existiendo varias alternativas para cada situación. A fin de sistematizar su exposición, el doctor Jiménez Pérez hizo referencia, en primer lugar, a las estenosis esofágicas malignas; a las estenosis esofágicas benignas, a continuación; y concluyó refiriéndose a la acalasia.

En cuanto a las estenosis esofágicas malignas, apuntó que “el tratamiento más extendido en la actualidad es la colocación de prótesis metálicas autoexpandibles”. En el caso de las estenosis esofágicas benignas, señaló la dilatación endoscópica como el tratamiento más habitual. Y, finalmente, en caso de acalasia hizo referencia a múltiples alternativas terapéuticas mediante

endoscopia, todas ellas con un objetivo común: “conseguir disminuir la presión del esfínter esofágico inferior, anulando así la resistencia que éste ofrece al tránsito esofágico”.

Ecoendoscopia esofagomediastínica

Tras la intervención del doctor Jiménez Pérez, tomó la palabra el doctor Michael Wallace, de la Mayo Clinic de Florida (Estados Unidos), para hablar de la ultrasonografía endoscópica (USE). La USE permite la identificación y la estadificación de tumores gastrointestinales del esófago, estómago, recto, páncreas y vías biliares tanto en el grado de infiltración parietal como en la detección de adenopatías. La certeza diagnóstica de esta técnica, según apuntó el doctor Wallace, se estima en el 80 y el 60 por ciento, respectivamente.

En su exposición, el doctor Wallace se centró en el papel de la USE en el manejo de las lesiones localizadas en el mediastino, concretamente en el diagnóstico de los cánceres de esófago, pulmón y tiroides.

En cuanto al cáncer de esófago, el doctor Wallace apuntó la utilidad de la USE en la estadificación e hizo referencia al gran número de publicaciones en las cuales se demuestra su alta precisión diagnóstica en estos casos. La utilización de la USE ayuda a enfocar el tratamiento y a decidir la operabilidad o no del cáncer. La posibilidad de la resección endoscópica del cáncer temprano de esófago hace que la USE sea clave en el diagnóstico preterapéutico.

Por otro lado, señaló el hecho de que en un tercio de los cánceres de esófago se obstruye el paso del endoscopio, lo cual obliga a tomar la decisión de dilatar o tratar de estadiar la lesión desde arriba. Aunque algunos estudios han sugerido que la dilatación implica una serie de riesgos, el doctor Wallace aseguró que estudios más recientes apuntan su seguridad, estudios en los que se han utilizado endoscopios más modernos y cuyo calibre era de menor grosor, por lo que se requiere una menor dilatación.

El cáncer de pulmón, señaló el doctor Wallace, es la neoplasia más frecuente en el mundo occidental. Su manejo depende del tipo –siendo el más frecuente el carcinoma pulmonar no microcítico (NSCLC)– y del estadio en que éste se encuentre. Aunque su diagnóstico suele hacerse generalmente con broncoscopia, su estadificación se realiza mediante técnicas de imagen. El doctor Wallace se centró en el NSCLC cuyo control, afirmó, depende del diagnóstico tisular y la exactitud de la estadificación. Haciendo alusión a diversos estudios prospectivos publicados, este especialista señaló que la USE-PA (endoscopia guiada por ultrasonido para punción aspirativa con aguja fina) ha demostrado una alta sensibilidad y especificidad en la detección de estas lesiones, superior incluso a la tomografía computerizada (CT) y la PET en la mayoría de los casos.

En tercer lugar, hizo referencia al cáncer de tiroides, asociado generalmente a un pronóstico favorable, no así en estadios avanzados y metástasis. Aunque la CT y la MRI o radiología convencional son capaces de detectar invasión en el esófago, el doctor Wallace afirmó que estas técnicas no precisaban la profundidad de la lesión. Por el contrario, la USE, según explicó, ha sido utilizada con gran éxito en el diagnóstico del cáncer de tiroides, precisando extensión y profundidad de la misma. Matizó, eso sí, las dificultades diagnósticas en algunos casos en los que la localización impide una visión adecuada.

Como conclusión afirmó que la USE-PA es una técnica segura, precisa y mínimamente invasiva en la evaluación de las lesiones del mediastino.

Hemorragia digestiva baja

El doctor Jaume Boix Valverde, de la Unidad de Endoscopia Digestiva del Hospital Universitario de Badalona “Germans Trias i Pujol” (Barcelona), participó también como ponente de este Curso y lo hizo con una conferencia sobre hemorragia digestiva baja. “Existen tres formas de presentación clínica del sangrado bajo: forma aguda, que puede incluso comportar alteraciones hemodinámicas (sangrado masivo); forma de sangrado crónico, que origina anemia ferropénica; y formas oscuras o ocultas de sangrado. Se considera que una hemorragia digestiva baja que se manifiesta de forma aguda es grave o severa cuando se manifiesta como rectorragia copiosa o hematoquecia que origina un descenso del hematocrito del 8 por ciento o superior. Este sangrado es masivo cuando comporta alteraciones hemodinámicas del orden de la hipotensión, colapso circulatorio, síncope o hipotensión ortostática, estos pacientes requieren ingreso hospitalario y posiblemente transfusión sanguínea”, introdujo.

En cuanto a su evolución, señaló que “hemos de considerar que, afortunadamente, un 80-85 por ciento de las formas agudas de sangrado ceden espontáneamente,

autolimitándose el sangrado, si bien pueden sangrar posteriormente de nuevo de forma intermitente o recurrente. Entre un 15 y un 20 por ciento de sangrados agudos son persistentes o continuos y obligan a tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas rápidas o urgentes. Sólo un 10 por ciento de casos de sangrado agudo evolucionan a un sangrado grave o severo, alguno de los cuales es masivo”.

El doctor Boix también hizo referencia a la etiología de la hemorragia digestiva baja, apuntando que existen múltiples causas relacionadas con la edad del paciente, los antecedentes personales y el lugar donde se origina el sangrado. Con respecto a la edad, señaló que “los niños y jóvenes es más frecuente que sangren de patología anal en relación a fisuras anales y patología hemorroidal. La presencia de un pólipo juvenil puede originar una rectorragia hasta en población adulta joven. En jóvenes y adultos jóvenes con sangrado recidivante, que puede llegar a formas graves o masivas de sangrado y que suele manifestarse como hematoquecia, se debe descartar una de las causas de más difícil diagnóstico de hemorragia digestiva baja: el sangrado por divertículo de Meckel. En los pacientes de edad avanzada, las causas más frecuentes de HDB son: 42 por ciento, sangrado por divertículos; 21, causa hemorroidal; 12, pólipos y tumores; 6, lesiones vasculares tipo angiodisplasia; 5, colitis isquémicas; y 5, colitis postradiación”.

Enfermedad inflamatoria intestinal

El doctor Jesús Molina Martínez, de la Unidad de Endoscopia del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia, habló acerca de los avances en el diagnóstico endoscópico de la enfermedad inflamatoria intestinal. En este sentido, hizo referencia a nuevos aparatos que incluyen, por ejemplo, una óptica mejorada, permitiendo hacer magnificación, o el narrow band imaging, sistema por el cual se realiza la imagen. Asimismo, hizo referencia a la microscopia confocal que definió como “una magnificación llevada al máximo, que permite obtener una imagen casi histológica de la mucosa, e incluso, de la submucosa y cuyo desarrollo puede llegar a no hacer necesaria la toma de biopsias”. En este sentido, se mostró prudente, puesto que se trata de una técnica todavía en desarrollo de la que apenas existen publicaciones. La fluorescencia, la cápsula endoscópica y el enteroscopia de doble fueron otras de las técnicas más novedosas a las que este especialista hizo referencia.

Mucosectomía

En la que fue la última ponencia de la mañana, el doctor José Ramón Armengol-Miró se detuvo en las diversas técnicas que asisten a la mucosectomía contribuyendo a mejorar los resultados de ésta. Concretamente, este experto, hizo referencia a la cromosendoscopia y al marcaje de la periferia de la lesión.

“La cromosendoscopia –explicó– es una técnica que ayuda en la visualización y la definición de los cánceres superficiales. La tinción de Lugol (yodina al 2 por ciento) y el Indigo carmin al 0.1-0.4 por ciento son las usadas más frecuentemente. La primera, diferencia el esófago normal (que se tiñe con Lugol) del esófago con displasia escamosa y carcinoma, de manera que la displasia, el tejido neoplásico y el epitelio de Barret no captan la tinción. El Indigo carmin pone de manifiesto lesiones que pueden no ser claramente visibles y ayuda también a su delimitación”.

Sobre el marcaje de la periferia de la lesión señaló que “este se consigue haciendo pequeñas quemaduras en la mucosa adyacente a la lesión (1 ó 2 mm por fuera de esta) con el asa. Nos permitirán valorar la resección de la totalidad de la lesión así como nos ayudarán a la orientación del tejido una vez resecado”.

Afortunadamente, un 80-85 por ciento de las formas agudas de sangrado ceden espontáneamente

Gastrostomías y enterostomías

La sesión de tarde dio comienzo con la intervención del doctor Ferrán González-Huix, del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Doctor Josep Trueta (Girona), acerca de gastrostomías y enterostomías.

Entre sus conclusiones, este experto apuntó que “el valor de la gastrostomía endoscópica percutánea ha sido cuestionado en determinadas circunstancias. A pesar de que la nutrición se considera una de las necesidades básicas de la salud individual, la indicación de alimentación enteral a través de sondas de gastrostomía debe tener en cuenta que es una técnica invasiva. Deben sopesarse las ventajas e inconvenientes en cada paciente ya que la nutrición enteral a largo plazo a través de una gastrostomía tiene implicaciones importantes para los pacientes y sus familias. Es difícil determinar la calidad de vida en pacientes con enfermedades neurodegenerativas que no permitan determinar el beneficio de la nutrición y la indicación de una gastrostomía endoscópica percutánea puede ser apropiada para la administración de líquidos o medicaciones, incluso en pacientes con pronóstico a largo plazo limitado y en los que la nutrición no se perciba como necesaria o beneficiosa”.

“En consecuencia, las recomendaciones para la colocación de una gastrostomía endoscópica percutánea deberían ser individualizadas considerando la calidad de vida, así como las perspectivas de recuperación”.

Ecoendoscopia rectocolónica

El doctor José Carlos Súbtil Iñigo, del Servicio de Digestivo y Unidad de Endoscopia de la Clínica Universitaria de Navarra, comentó diversos aspectos acerca del equipo, la técnica y las aplicaciones de la endoscopia rectocolónica. En su opinión, “en manos expertas la ecoendoscopia anorrectal debe prestar un abanico de posibilidades superior a la ecografía endoanal con sondas rígidas y, en muchos casos, no puede ser sustituida por ésta”. Comentó, asimismo, que “la técnica inicial de estudio, a ser posible, debe ser la ecoendoscopia radial y, en caso necesario, se complementará con la lineal”. En cuanto a indicaciones, subrayó que estas son numerosas, “algunas plenamente establecidas y otras aún en desarrollo, si bien en algunos campos compete con técnicas radiológicas como la resonancia magnética pélvica”. Finalmente, apuntó que el desconocimiento de la técnica por parte de cirujanos coloproctólogos, ginecólogos, urólogos y oncólogos, impide una mayor expansión de la misma, a pesar de haber mostrado un altísimo rendimiento diagnóstico.

Prótesis enterales

Para hablar de prótesis enterales, el Curso contó con la participación del doctor Leopoldo López Rosés, de la Sección de Aparato Digestivo del Hospital Xeral de Lugo. “Los avances técnicos de los últimos quince años –introdujo– han conseguido que en el momento actual se pueda afirmar que es posible colocar prótesis metálicas autoexpandibles en cualquier lugar del tubo digestivo donde llegue un endoscopio”. A continuación, expuso algunas consideraciones acerca de las prótesis gastroduodenales y de las rectocolónicas.

Respecto a las primeras, explicó como “el tratamiento paliativo de la obstrucción tumoral del píloro y primeras porciones duodenales ha sido durante décadas la realización de una gastroyeyunostomía quirúrgica que permitiera el vaciamiento gástrico y evitara de esta manera el cuadro de vómitos y la imposibilidad de nutrición que origina la misma. Sin embargo, este proceder dista mucho de ser

Actualmente es posible colocar prótesis metálicas autoexpandibles en cualquier lugar del tubo digestivo donde llegue un endoscopio

perfecto: está gravado con una nada desdeñable morbilidad, exige un ingreso hospitalario de considerable duración, precisa de varios días para lograr el reinicio de la alimentación oral del paciente y, por si fuera poco, en hasta el 50 por ciento de los casos no logra resolver el problema. Por dicho motivo, se buscaron alternativas endoscópicas y en el año 1992 se colocó la primera prótesis duodenal y desde entonces el empleo de esta técnica se ha extendido debido a su sencillez técnica y buenos resultados”.

Acercas de las rectocolónicas, comentó que “en el curso de la evolución del carcinoma colorrectal, hasta un 30 por ciento de los casos presenta síntomas de obstrucción. El tratamiento habitual de la obstrucción aguda provocada por un carcinoma colorrectal era hasta hace bien poco una intervención quirúrgica. Si la lesión se localizaba en el hemicolon derecho, los cirujanos podían realizar una resección y anastomosis en un sólo tiempo, pero si se encontraba en el izquierdo, era necesario dejar una colostomía y realizar semanas más tarde una segunda y, a veces, hasta una tercera intervención para restablecer la continuidad intestinal. Desgraciadamente, hasta el 75 por ciento de los carcinomas estenosantes de colon se localizan en el lado izquierdo, es decir, en el lado malo. En los primeros años de la década de los noventa, se describió, por primera vez, la colocación de una prótesis autoexpandible de colon para lograr la descompresión intestinal en caso de obstrucción aguda por carcinoma. Desde entonces, su empleo se ha ido extendiendo”.



Aspecto de la sala. En primer término, el doctor Javier Pérez Piqueras, director honorífico del Curso de Postgrado conjuntamente con el doctor Armengol-Miró.



El doctor Armengol-Miró junto a los doctores Muñoz-Navas y Pellicer.

Ecoendoscopia biliopancreática

“El estudio biliopancreático puede realizarse igualmente mediante sistemas radiales o sectoriales”, apuntó el doctor Ángel Barturen, de la Unidad de Endoscopia del Hospital de Cruces (Vizcaya), durante su exposición acerca de la ecoendoscopia biliopancreática diagnóstica. El doctor Barturen hizo referencia al cáncer de páncreas, al ampuloma, a los tumores endocrinos, los pseudoquistes, los tumores quísticos y la pancreatitis crónica. En términos generales, este especialista destacó la seguridad diagnóstica de la técnica.

Litiasis y estenosis de la vía biliar

El doctor John Baillie, director del Servicio Hepatobiliar y de Trastornos Pancreáticos de la Wake Forest University Health Sciences de Winston-Salem, en Carolina del Norte (Estados Unidos), profundizó en las diversas técnicas aplicables al manejo de la litiasis de la vía biliar y sus complicaciones. La litiasis de la vía biliar, explicó, puede causar cólicos, ictericia, colangitis y pancreatitis, y es una indicación frecuente para la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). La esfinterotomía es necesaria en casi todas las acciones terapéuticas derivadas de la CPRE para mejorar el acceso a la vía biliar y pancreática y facilitar el uso de los diferentes tipos de catéteres y otros accesorios. Su tasa de complicaciones –pancreatitis, hemorragia, perforación, sepsis–, según un estudio publicado por Freeman et al. en el New England Journal, es de casi el 10 por ciento. Una alternativa a la esfinterotomía biliar es la dilatación endoscópica papilar con balón, sin embargo, apuntó el doctor Baillie haciendo referencia a un estudio multicéntrico llevado a cabo en Estados Unidos, ésta se asocia con un riesgo de pancreatitis tres veces superior al de la esfinterotomía. Por este motivo, explicó, la dilatación endoscópica papilar con balón se reserva para situaciones especiales. Otros procedimientos a los que puede recurrirse cuando falla la extracción endoscópica son la colangiografía transhepática percutánea y la cirugía. No obstante, como indicó este experto, actualmente, son muy pocos los pacientes en los que hay que recurrir a estas técnicas para la extracción de la litiasis de la vía biliar, dada la variedad de técnicas de que dispone el endoscopista cuando la estándar falla.

Siguiendo con este tema, tomó la palabra el doctor Richard A. Kozarek, del Virginia Mason Medical Centre de Seattle, quien destacó que *“las técnicas endoscópicas son de gran utilidad para el tratamiento no quirúrgico del reflujo gastroesofágico, mediante la realización de puntos de sutura a nivel de la porción alta del estómago, y para diversas afecciones pancreáticas, como la estenosis del conducto pancreático y las fistulas y fugas pancreáticas”*.

La litiasis de la vía biliar, puede causar cólicos, ictericia, colangitis y pancreatitis, y es una indicación frecuente para la CPRE

Ecoendoscopia terapéutica

El doctor Irving Waxman, de la Sección de Gastroenterología de la University of Chicago (Estados Unidos), se refirió a la ultrasonografía endoscópica (USE) o ecoendoscopia como a *“la técnica que aporta un mayor grado de precisión para efectuar la estadificación locorregional de los tumores esofágicos”*. Esto, explicó, es clave tanto a la hora de plantear la terapéutica idónea como para evaluar con mayor precisión los resultados del tratamiento. Citó también otras posibles aplicaciones no gastrointestinales de esta técnica, concretamente en la estadificación del cáncer de pulmón no microcítico y en la posterior exploración del mediastino.

Pancreatitis aguda

El doctor Carr Locke, del Brigham and Women's Hospital, se centró, de una parte, en las prótesis biliopancreáticas y, de otra, en el manejo de la pancreatitis aguda. Con respecto a esta última, señaló que esta tiene dos presentaciones: aguda y severa. *“La pancreatitis aguda severa –matizó– está asociada generalmente a la presencia de necrosis glandular, la cual incrementa la morbi-mortalidad asociada a la entidad, sobre todo si hay sobreinfección”*.

Insistió, a este respecto, en la importancia de la detección temprana de la necrosis.

Siguiendo con el tema de la pancreatitis aguda, el doctor Robert H. Hawes insistió en que la supervivencia en estos casos depende del adecuado manejo de las complicaciones: *“la estrategia principal reside en la prevención y el rápido diagnóstico de las complicaciones”*. Como ejes básicos de actuación, el doctor Hawes subrayó la fluidoterapia, el soporte nutricional y la prevención de infecciones tanto locales como sistémicas.

Con respecto a la fluidoterapia, indicó que la reposición adecuada de las pérdidas, que puede ser de varios litros al día, es el principal factor para evitar complicaciones asociadas con la insuficiencia renal.

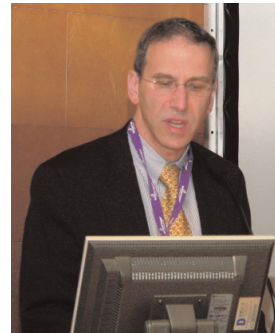
Otra de las complicaciones de la pancreatitis aguda puede ser el Síndrome de Distress Respiratorio Agudo (SDRA). En este caso, los objetivos de la terapia de soporte incluyen: soporte ventilatorio, e insistió en la importancia de la ventilación asistida precoz; y la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones.

En cuanto a la infección, la complicación más importante de la pancreatitis, se relaciona directamente con la presencia o ausencia de necrosis, señaló el doctor Hawes. Actualmente, el principal método diagnóstico de necrosis pancreática es la tomografía computerizada (CT) con inyección intravenosa de contraste. Existe una cierta controversia acerca de la utilización de las inyecciones de contraste en los estadios iniciales de la pancreatitis y se considera que en estos casos no es obligatoria su utilización. Sin embargo, a partir de las 72 horas, puntualizó el experto, sí debe emplearse. El doctor Hawes apuntó que en el futuro, debido a los avances tecnológicos a que estamos asistiendo, la MRI (imagen por resonancia magnética) podría sustituir a la CT, ya que en algunos aspectos parece mostrar una cierta superioridad diagnóstica. No obstante, todavía no existen suficientes estudios acerca de la precisión diagnóstica de la MRI en la pancreatitis aguda.



De izquierda a derecha, los doctores Baillie, Looke, Kozarek y Frakes.

Otra controversia a la que hizo referencia este experto fue al uso de antibioterapia profiláctica. El treinta por ciento de los pacientes con necrosis pancreática desarrolla una necrosis infectada siendo la infección uno de los principales predictores de fallo orgánico y muerte. Las razones en favor de la antibioterapia profiláctica son la prevención de sepsis y de necrosis infectada, así como la reducción de la mortalidad. Por un lado, el doctor Hawes hizo referencia a un metanálisis en el que se sugería que la antibioterapia profiláctica reducía el riesgo de sepsis y la mortalidad (Sharma–2001). Por otro, apuntó un estudio posterior (Isenmann–2004) en el cual se sugería que la antibioterapia profiláctica no prevenía la necrosis infectada. *“Hasta el momento –concluyó al respecto–, los datos que tenemos son mixtos por lo que debemos actuar con diligencia”*.



El doctor G. W. Falk, presidente de la ASGE, durante su intervención.

A continuación, el doctor Hawes pasó a comentar la importancia del soporte nutricional en el manejo del paciente con pancreatitis aguda. En este sentido, señaló que la nutrición enteral ha demostrado que proporciona un descanso pancreático, mantiene la integridad de la mucosa, preserva la inmunidad de la superficie de la mucosa y aumenta el aporte sanguíneo intestinal siendo los estudios comparativos entre este tipo de soporte nutricional y el parenteral favorables al primero en cuanto a complicaciones y resultados.

Para concluir, el experto apuntó que desde el punto de vista del endoscopista, la principal causa de la pancreatitis aguda era la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) siendo los pacientes con sospecha de disfunción del esfínter de Oddi los de mayor riesgo.

Clausura

Las últimas intervenciones de este Curso corrieron a cargo de los doctores J. Frakes, profesor de Medicina de la University of Illinois College of Medicine at Rockford en Illinois (Estados Unidos); Ángel Caunedo, del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Virgen Macarena de Sevilla; y el mencionado anteriormente Rob Hawes.

Por su parte, el doctor Frakes trató de las posibilidades y límites de la endoscopia ambulatoria. El doctor Caunedo lo hizo sobre la cápsula endoscópica, de la que aseguró que *“en menos de cinco años se ha convertido en la técnica de elección para el estudio de las enfermedades del intestino delgado”* y, entre sus conclusiones, señaló que *“la cápsula endoscópica es una técnica segura y no invasiva que permite la visualización de la mucosa de todo el intestino delgado. Actualmente, la evidencia disponible la señala como una de las exploraciones fundamentales en el estudio de la HDOO, si bien varios estudios parecen apuntar además un importante papel de este nuevo método diagnóstico en los pacientes con enfermedad de Crohn conocida o sospechada, mientras que su utilidad en otras patologías del intestino delgado requiere aún de más investigaciones. Todo ello nos lleva a pensar que la cápsula endoscópica supone, no sólo una valiosa herramienta para el mejor manejo de los pacientes con trastornos en el intestino delgado, sino también un importante avance en el conocimiento del más extenso y desconocido tramo del tracto digestivo”*.

Todavía no existen suficientes estudios acerca de la precisión diagnóstica de la MRI en la pancreatitis aguda

Por último, el doctor Robert H. Hawes puso el punto y final a la sesión hablando sobre endoscopia experimental. Concluyó así este décimo Curso de Endoscopia Digestiva, un Curso caracterizado por el elevado nivel científico de las ponencias y la amplitud de temas que durante el mismo se trataron.



Dr. J. R. Armengol Miró
 Presidente de la Fundación Española
 de Endoscopia Digestiva
 Director honorífico del Curso de Postgrado
 de Endoscopia Digestiva

“En algunos casos, como en el taller de mucosectomía, nos hemos visto desbordados por la asistencia”

“Desde el momento en que el doctor Malagelada nos propuso participar en la creación de la Semana de las Enfermedades Digestivas, junto a la SEDP y la AED, la idea nos pareció excelente”, nos comenta el doctor José Ramón Armengol-Miró acerca de esta iniciativa que desde la SEED se ha aprovechado para introducir algunas novedades. Explica al respecto que “coincidiendo esta primera edición de la Semana de las Enfermedades Digestivas con nuestro décimo aniversario del Curso de Postgrado en Endoscopia Digestiva, decidimos ampliar éste a ocho horas e invitar a todos aquellos expertos de la ASGE que habían participado en ediciones precedentes, unos treinta en total, de los que diez han podido asistir. Y así, aprovechando su presencia, hemos organizado una serie de talleres de trabajo conjuntamente con los expertos españoles.

De esta forma, han tenido lugar unos talleres dedicados a costes en endoscopia, ecoendoscopia, mucosectomía, ERCP y enteroscopia –al que también ha asistido el profesor Yamamoto, inventor de la técnica–. Estas sesiones de trabajo han sido pensadas con la finalidad de estrechar la relación entre los ponentes y los asistentes y, por ello, el aforo ha sido limitado: no más de veinte personas en cada sesión, aunque en algunos casos, como en el taller de mucosectomía, nos hemos visto desbordados por la asistencia”. El resultado final, en su opinión, “ha sido muy fructífero”.

Otra novedad de esta edición fue el Videomaratón, la presentación y discusión de casos clínicos en formato vídeo, del que este experto destaca tanto la calidad de las presentaciones como la animada discusión que suscitaban. Al Curso, los talleres y el Videomaratón se sumaron

también otros contenidos, como la Conferencia Magistral sobre “Últimos Avances en las Nuevas Tecnologías Endoscópicas”, a cargo precisamente del doctor Armengol-Miró; la jornada de consenso que, en esta ocasión, versó sobre la Enfermedad Inflamatoria Intestinal; y una sesión de técnicas endoscópicas para residentes, iniciativa que ha partido de la FEED tras observar algo similar entre los residentes de Digestivo. Sobre esta última, el doctor Armengol-Miró señala que “desde la Fundación pensamos que los residentes necesitaban un día completo para trabajar de forma independiente y así ha sido. Desde las once y media de la mañana hasta las siete y media de la tarde, unos 150 residentes han estado trabajando duramente ellos solos. De hecho, ellos mismos han sido los que mediante votación electrónica han seleccionado los tres mejores casos, que se han premiado con una beca de estudio.

Ha sido todo un éxito de asistencia y me consta que han disfrutado”.

En cuanto a la duración de todo el encuentro gastroenterológico, considera que “quizás una semana sea demasiado tiempo puesto que supone que muchos especialistas tengan que ausentarse de su lugar de trabajo durante varios días, así es que quizás haya que reconsiderar la duración de este evento o, al menos, empezar el miércoles y desplazar al fin de semana parte de las sesiones”.

Finalmente, enlazando con el eje de la Conferencia Magistral que impartió este especialista sobre las nuevas tecnologías endoscópicas, el doctor Armengol-Miró nos comenta algunos aspectos sobre la mejora en la calidad de la imagen y sus consecuencias: “La alta definición nos aporta una calidad de imagen antes impensable. El problema al que ahora se enfrentan muchos especialistas es a cómo almacenar

esas imágenes, puesto que antes bastaba un CD-ROM y ahora, para poder reproducir las imágenes con esa calidad, se requieren equipos informáticos cuyo elevado coste los hace inaccesibles para muchos”. Precisamente, el doctor Armengol-Miró ha participado en el diseño de uno de estos equipos informáticos capaces de grabar y reproducir imágenes de alta definición, participación de la que reconoce sentirse orgulloso. En cuanto al coste de estos equipos, matiza que “será cuestión de tiempo el que sean más asequibles y, por tanto, accesibles para los especialistas”. Como conclusión, apunta que “hoy, tenemos más facilidad para ver y reconocer, pero más dificultad para grabar y editar lo grabado, problema que se puede solucionar con equipos informáticos, pero su coste es aún muy elevado”.



Dr. Miguel Muñoz Navas
 Presidente de la SED y director honorífico
 del Curso de Postgrado de Endoscopia Digestiva

“Creo que podemos decir que el Curso de este año ha sido del más alto nivel”

Sobre esta primera Semana de las Enfermedades Digestivas el doctor Miguel Muñoz-Navas comenta que se trata de una tendencia a nivel internacional: “La política que actualmente siguen muchas sociedades, como la americana, la europea, la belga o la francesa, reside en reunir a lo largo de cinco días a todos los especialistas que tienen interés en Aparato Digestivo, tanto a los gastroenterólogos puramente clínicos como a los hepatólogos, los endoscopistas, los que hacen ecografía digestiva, los que hacen ecoendoscopia o los que se dedican a investigación”. En su opinión, “se trata de una unión de fuerzas que considero es una buena idea”. Y añade: “Esta primera Semana de las Enfermedades Digestivas ha contado con la colaboración de sociedades internacionales de gran prestigio como la American Gastroenterological Association,

la American Society for Gastrointestinal Endoscopy, la European Association for Gastroenterology and Endoscopy (EAGE) o la International Digestive Cancer Alliance (IDCA)”. Este apoyo ha supuesto, continúa, el que “se haya incrementado el atractivo de esta reunión, convirtiéndose en una ocasión única en nuestro país para entrar en contacto con los numerosos especialistas que acuden a las diversas sesiones que tienen lugar a lo largo de la semana. Y esto ha motivado el que la reunión haya contado con la asistencia de un alto porcentaje de especialistas de Aparato Digestivo”.

Por otro lado, acerca del Curso de Postgrado, el presidente de la SED destacó: “hemos tenido la suerte de poder contar con la participación de diez prestigiosos especialistas norteamericanos

que nos han contado su experiencia en diversas técnicas endoscópicas que, sumadas a las intervenciones de un número parecido de especialistas españoles, creo que podemos decir que el Curso de este año ha sido del más alto nivel”. El doble crecimiento experimentado este año en tiempo y ponentes, responde al interés que este encuentro suscita entre los especialistas, interés que deriva, de una parte, del alto nivel del Curso en general y, de otra, de la utilidad de los conocimientos que se adquieren durante el mismo.

Finalmente, este especialista destacó otra novedad de este año y es que el Curso no se centró en un tema concreto sino que supuso “un repaso exhaustivo a la mayoría de las técnicas y posibilidades de la endoscopia”.



Dr. Francisco Pellicer Bautista
 Director del Curso
 de Postgrado de
 Endoscopia Digestiva

“Desde mi punto de vista, la prevención es el gran futuro y el gran reto de la endoscopia”

“El programa de este año es prácticamente un resumen de todo lo que se ha venido diciendo a lo largo de los diez años que llevamos celebrando este Curso. El profesor Armengol Miró quería hacer una recopilación de pasadas ediciones e invitar a todos aquellos colegas americanos que ya habían participado en cursos anteriores. Por eso, este año hemos contado con un programa muy denso, un auténtico compendio de endoscopia”, nos cuenta el doctor Pellicer Bautista.

“Bajo el epígrafe ‘Posibilidades y Límites de la Endoscopia Digestiva’ se ha intentado contemplar también el futuro de la especialidad”, nos explica este especialista y comenta cómo la Endoscopia, que comenzó siendo diagnóstica y pasó a ser también terapéutica, hoy trata de ir más allá incluso del diagnóstico precoz, de ir hacia la prevención.

“Algunos especialistas piensan que esto no va a tener repercusión, pero, desde mi punto de vista, éste es el gran futuro y reto de la endoscopia”, afirma. “Tenemos que intentar ver esa papila que el día de mañana puede ser un ampuloma, tenemos que intentar ver esa mucosa que es normal a los endoscopios convencionales pero que cuando se le hace una tinción, por ejemplo, vemos que hay una lesión. Esa lesión, posiblemente, el día de mañana sea un cáncer por lo que hay que reseccarla con técnicas mínimamente invasivas, cuyo riesgo es mucho menor que el de reseccar ese gran pólipo que tendríamos años después”. Para este especialista, la prevención es ahora el centro del debate y concluye al respecto que “por desgracia, seguiremos viendo esos tumores grandes, esos grandes pólipos, pero estoy convencido de que ese es el gran camino a seguir”.



Dr. Robert H. Hawes
Co-director
del Curso de Postgrado
de Endoscopia Digestiva

“La relación entre la SEED y la ASGE es excepcional”

Por segundo año consecutivo, el doctor Robert H. Hawes ha asistido al Curso de Postgrado en Endoscopia Digestiva. En esta ocasión, además de ponente, lo ha hecho como co-director del mismo. Su impresión sobre este evento, es “como en la primera ocasión, muy buena, tanto desde el punto de vista de su organización, excelente, como de la calidad de las ponencias, del más alto nivel, contribuyendo así a mejorar la formación de quienes han asistido”, y añade “destaco de forma especial los contenidos del Curso y la organizada estructura de cada una de las exposiciones. Nacidas todas ellas de la experiencia propia del ponente, lo que las dota de una gran utilidad práctica que, sin duda, repercutirá en una mejor atención a nuestros pacientes”.

El doctor Hawes nos da también su opinión acerca de cómo se percibe la Endoscopia española en el resto del mundo y, concretamente,

en Estados Unidos: “el nivel es muy alto, prueba de ello es la publicación de resultados de grupos españoles que recoge la literatura y que refleja que la Endoscopia y los endoscopistas españoles están al más alto nivel. Asimismo, cabe destacar su presencia en las innumerables reuniones que sobre esta especialidad tienen lugar en todo el mundo”.

Finalmente, le preguntamos acerca de la relación entre las Sociedades española y americana: “la relación entre la SEED y la ASGE es excepcional. Nos une un sentimiento de amistad y una voluntad de compartir conocimientos para contribuir a mejorar la calidad de esta especialidad y, en consecuencia, de la asistencia al paciente. Por otro lado, disfrutamos cuando los endoscopistas españoles miembros de la SEED vienen a visitarnos, del mismo modo que disfrutamos cuando venimos aquí”.



Dr. Michael Wallace
Clínica Mayo de Florida (Estados Unidos)

“La USE es más precisa que la broncoscopia y menos invasiva y costosa que la mediastinoscopia”

“La utilidad principal de la ultrasonografía endoscópica (USE) –nos comenta el doctor Michael Wallace con respecto al que fue el eje de su intervención en el Curso– es la evaluación de pacientes con cáncer de pulmón que presentan afectación de los ganglios linfáticos del mediastino. La tomografía computerizada (CT) y la tomografía por emisión de positrones (PET) son técnicas diagnósticas útiles, pero no lo suficientemente precisas para determinar la malignidad de los ganglios linfáticos. Su precisión es apenas del 80 por ciento. Hay que hacer una biopsia y ésta puede realizarse mediante una mediastinoscopia o una broncoscopia, pero también mediante la USE, más precisa que la broncoscopia y menos invasiva y más económica que la mediastinoscopia. Por tanto, nosotros recurrimos a la USE como primera elección para biopsiar los ganglios linfáticos del mediastino en casos de cáncer

de pulmón. Esta es la aplicación más clara de la USE”.

“Recientemente, hemos añadido el ultrasonido endobronquial a la USE, así es que ahora realizamos ambas técnicas en un mismo procedimiento”, continúa. “Primero –explica–, pasamos el tubo a través de la tráquea y los bronquios, y usamos la USE para biopsiar los ganglios linfáticos en el mediastino anterior; luego, introducimos el ecoendoscopia en el esófago y procedemos a biopsiar los ganglios linfáticos en el mediastino posterior”. La combinación de estas dos técnicas, nos permite alcanzar una precisión de entre el 97 y el 100 por cien. El doctor Wallace continúa: “En los últimos 130 casos en los que hemos realizado esta combinación, tan sólo en una ocasión hemos pasado por alto un caso de malignidad de los ganglios linfáticos del mediastino”.

Este especialista, destaca también la utilidad de la USE en casos de linfoma, sarcoidosis e infecciones como tuberculosis e histoplasmosis, entre otros.

Concluye al respecto señalando que la USE es el método que presenta una mejor relación coste/eficacia y una mayor seguridad en el estudio de las lesiones localizadas en el mediastino que requieren de una biopsia.

Finalmente, el doctor Wallace comenta que “ha sido un placer poder asistir a este Congreso, fruto de la colaboración entre la SEED y la ASGE desde hace años. Ambas sociedades mantienen una excelente relación y esto puede apreciarse en las múltiples colaboraciones que han llevado a cabo hasta la fecha y que, sin duda, seguirán teniendo lugar en el futuro”.



Gary W. Falk
Presidente de la ASGE

“En ausencia de síntomas, diversas sociedades científicas consideran que el cribaje de pacientes con Esófago de Barret no está justificado”

No existen aún ensayos clínicos que demuestren la eficacia de los programas de screening en pacientes con Esófago de Barret para la prevención del cáncer, sin embargo, el doctor Gary W. Falk comenta que “en ausencia de síntomas de reflujo, diversas sociedades científicas, como la americana y la británica, consideran que el cribaje no está justificado”. En caso de llevar a cabo programas de este tipo, posiblemente en pacientes sintomáticos, las técnicas que W. Falk apunta son “la cápsula endoscópica, e incluso, la endoscopia sin sedación”. Sin embargo, duda acerca de la instauración de este tipo de programas, al menos, a corto plazo: “No sabemos si en Estados Unidos vamos a poder permitirnos el lujo, desde un

punto de vista económico, de llevar a cabo programas de screening en pacientes con Esófago de Barret”.

En cuanto a la eliminación de la mucosa metaplásica en pacientes con Esófago de Barret, el doctor W. Falk señala tres técnicas de ablación: la termal, la terapia fotodinámica y la resección endoscópica de la mucosa. Matiza, al respecto, que si bien se ha visto que la aplicación de estas técnicas promueve la reepitelización escamosa, diversos estudios han puesto de manifiesto la persistencia de focos de metaplasia intestinal por debajo del epitelio escamoso.

Aseguró sentirse orgulloso del resultado de este Curso y destacó el interés de sus contenidos y el alto nivel de los ponentes.



George Triadafilopoulos
Stanford University
School of Medicine

“La evaluación endoscópica del paciente con ERGE que presenta síntomas resulta coste-efectiva”

El doctor George Triadafilopoulos, cuyas intervenciones durante el Curso de Postgrado de Endoscopia Digestiva se centraron en el Esófago de Barret, subraya al respecto que “el diagnóstico temprano de las lesiones neoplásicas en el esófago de Barret mediante un videoendoscopia estándar es muy difícil, sin embargo, puede recurrirse a la cromoendoscopia, la endoscopia de magnificación, la tomografía de coherencia óptica o la autofluorescencia para mejorarlo”. Asimismo, el doctor George Triadafilopoulos apunta que “la aplicación del protocolo de Seattle de biopsias frecuentes puede mejorar la tasa de detección del cáncer en un 50 por ciento”.

Este especialista, que también participó en el Taller sobre Cálculo de Costes en Endoscopia Digestiva, nos comenta algunos aspectos acerca de la necesidad de llevar a cabo estrategias de screening y vigilancia de aquellos pacientes con Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE). En su opinión, así como han hecho falta quince años de estudios para demostrar que las técnicas de screening mediante colonoscopia resultaban coste-eficaces en la prevención y diagnóstico precoz del cáncer colorrectal, actualmente, nuevos estudios sugieren también la idoneidad de llevar a cabo estrategias de cribaje mediante endoscopia en pacientes que presenten ERGE. “Según los estudios realizados al respecto,

la evaluación endoscópica de los pacientes con ERGE que presenta síntomas, tales como ardor o regurgitación, resulta coste-efectiva. La evaluación mediante endoscopia puede permitir la prevención y el mejor tratamiento posible del cáncer de esófago”.

En cuanto a la adopción de estrategias de screening en nuestro país, el doctor Triadafilopoulos señala que “en el sistema sanitario español hay una absoluta necesidad de establecer unidades o grupos de interés que estudien la relación coste-eficacia de estas técnicas”. En su opinión, la adopción de este tipo de estrategias desde las diferentes especialidades ayudará a ejercer una práctica médica “más razonable”.



Dr. José Carlos Súbtil

Servicio de Digestivo y Unidad de Endoscopia.
Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona

“En España existen expertos en ecoendoscopia, pero no los suficientes”

El doctor José Carlos Súbtil participó, como ponente en el Curso, con una interesante exposición acerca de la ecoendoscopia rectocolónica.

Este especialista nos comenta que *“poco a poco, han ido surgiendo nuevas aplicaciones de la ecoendoscopia, algunas de ellas están en vías de consolidación; otras, están perfectamente consolidadas; y algunas, han caído prácticamente en desuso, dada la aparición de nuevas técnicas que la superan, tales como el TAC helicoidal o la resonancia magnética”*. No obstante, sobre estas últimas técnicas, matiza que son explorador-dependientes, por ejemplo, al estadificar tumores, puede existir un cierto conflicto acerca de qué técnica debe emplearse, conflicto que se dirime atendiendo no sólo a las cualidades de la técnica sino también a la experiencia del explorador: la ERCP puede ser mejor pero si el explorador no es tan bueno

como el que realiza la ecoendoscopia se opta por esta última.

En este sentido, apuntó que todavía no existen estudios concluyentes acerca de cuándo utilizar una técnica u otra.

En cuanto a las indicaciones ya consolidadas de la ecoendoscopia señala: la estadificación y punción del cáncer de páncreas y la estadificación del cáncer de esófago, el de recto, el gástrico y el de pulmón.

Acerca de su indicación en el cáncer gástrico explica que *“lo está sólo en determinados casos, como en el cáncer gástrico avanzado, para valorar la necesidad de recurrir al tratamiento neoadyuvante, y en el cáncer gástrico precoz, para evaluar la posibilidad de actuar de forma endoscópica”*.

En el caso de la estadificación del cáncer de pulmón asegura que *“la ecoendoscopia transesofágica desempeña un papel cada vez más importante”*.

No obstante, apuntó, *“dado que la estadificación del cáncer de pulmón la hacen los neumólogos y los oncólogos, todavía existe un conflicto de poder”* con respecto a la utilización de esta técnica, *“sobre todo con los neumólogos, que emplean la punción a ciegas por broncoscopia, técnica que es útil pero menos rentable”*, además de estar limitada en cuanto a su acceso en ciertas regiones.

Finalmente, el doctor Súbtil comenta que *“la ecoendoscopia es una técnica compleja, que requiere de una gran experiencia. En España, concretamente, existen expertos en ecoendoscopia, pero no los suficientes y aunque se está promoviendo la formación de nuevos expertos, éste es un proceso lento que necesita de la realización de un elevado número de exploraciones. Para estar seguro de lo que uno hace hay que llevar a cabo más de dos mil exploraciones”*.



Dr. H. Juergen Nord

Universidad del Sur
de Florida (Estados Unidos)

“Queda un largo camino hasta estandarizar el empleo de la colonoscopia virtual”

La intervención del doctor Juergen Nord versó acerca del cáncer colorrectal (CCR), una enfermedad que, nos comenta, *“en mi país es muy común: se diagnostican más de 150.000 nuevos casos cada año, siendo así la segunda causa de muerte por cáncer”*. En cuanto a su prevención, no le cabe duda: *“en el momento actual, el screening es la respuesta. Para reducir su incidencia, la colonoscopia y la polipectomía son la mejor opción de la que disponemos”*. Apunta, además, la importancia de un diagnóstico temprano: *“la tasa de curación supera el 90 por ciento en el caso de los carcinomas localizados en estadios iniciales”*. Con respecto a la eficacia de las estrategias de screening nos asegura que *“sin duda, son eficaces, siempre que se lleven a cabo. Desafortunadamente, en Estados Unidos tan sólo el 40 por ciento de los pacientes son evaluados. Por tanto, debemos tratar de incrementar ese porcentaje”*.

Acerca del posible papel que pudiera desempeñar la colonoscopia virtual en el screening del CCR apunta que *“todavía queda un largo camino hasta estandarizar su empleo”*. Subraya como ventajas de la colonoscopia virtual su carácter no invasivo, la rapidez con que se lleva a cabo y el hecho de que no sea preciso sedar al paciente. Por el contrario, reconoce que *“no es terapéutica, por lo que si encontramos un pólipo no podemos quitarlo como haríamos con la colonoscopia convencional”*. Sobre el futuro de esta técnica, considera que *“el perfeccionamiento de la colonoscopia virtual, que evoluciona y mejora rápidamente, hará de ella una de las herramientas de screening a tener en cuenta y posiblemente incrementará el porcentaje de pacientes evaluado actualmente. El problema en Estados Unidos es que las compañías de seguros no cubren hoy la colonoscopia virtual, aunque posiblemente con el tiempo esto cambie”*.



Dr. Jaume Boix Valverde

Unidad de Endoscopia Digestiva
del Hospital Universitario de Badalona
“Germans Trias i Pujol”

“Por primera vez, el Curso ha abarcado mañana y tarde, permitiéndonos así recuperar a muchos ponentes de pasadas ediciones”

Señala el doctor Jaume Boix Valverde, respecto al Curso de Postgrado de este año, que *“se trata de un Curso especial, puesto que coincide con su décimo aniversario. Son ya diez años celebrando estas reuniones, organizadas en conjunto por la Sociedad Española de Endoscopia Digestiva (SEED) y la American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE), y en esta ocasión, se ha tratado de forma genérica el tema de las posibilidades y limitaciones de la Endoscopia. El programa ha incluido un elevado número de ponencias y, por primera vez, el Curso ha abarcado mañana y tarde, permitiéndonos así recuperar a muchos ponentes de pasadas ediciones”*.

En su intervención durante este Curso, el doctor Boix se refirió a la hemorragia digestiva baja, un episodio que, según nos apunta, es grave en aproximadamente el 10 por ciento de los casos. En cuanto a su manifestación, comenta que *“generalmente se trata de una pérdida de sangre en el tracto bajo”* y matiza que, recientemente, ha habido una cierta modificación en cuanto a los conceptos de “tracto bajo” y “tracto alto”: *“Antes se consideraban hemorragias altas aquellas que iban desde la boca hasta el duodeno y bajas aquellas desde el inicio del yeyuno hasta el ano. Con la introducción de nuevas tecnologías y nuevos procedimientos diagnósticos, como han sido*

la enteroscopia de doble balón y la cápsula endoscópica, ha quedado una zona un poco oscura, correspondiente a la zona del medio, básicamente, el intestino delgado –excluido el duodeno, al que se llega por gastroscopia habitualmente– y la tendencia es a denominarla hemorragia digestiva media”.

En cuanto a su prevalencia, comenta: *“Habitualmente, las hemorragias bajas son menos frecuentes que las altas y suponen una cuarta parte de todos los episodios hemorrágicos por el tracto digestivo. Otra diferencia importante es que la evolución de la hemorragia baja, una vez descartada la posibilidad de pólipos y neoplasias, habitualmente es más benigna”*.



Dr. Irwin Waxman

Sección de Gastroenterología
de la University of Chicago
(Estados Unidos)

“Esta iniciativa ha sido un éxito total y un modelo para que otros países y sociedades científicas lo apliquen”

El doctor Irwin Waxman nos da su impresión con respecto a la evolución del Curso de Postgrado: *“en cada nueva edición, se va notando una mayor madurez tanto en la calidad del propio Curso como de los temas y los expertos que los presentan”*.

El doctor Waxman apunta: *“esta iniciativa ha sido un éxito total y un modelo para que otros países y sociedades científicas lo apliquen ya que ha demostrado ser una fórmula de reunión científica enormemente didáctica y participativa”*.

Considera además que *“la idea de hacer estos Cursos de forma conjunta entre la SEED y la ASGE ha resultado de gran utilidad, no sólo para el intercambio de opiniones entre expertos sino como instrumento docente para*

los residentes a los que muestra una amplia gama de novedades, potenciales áreas de investigación y, sobre todo, colaboración científica con grupos de trabajo de otros países”.

Acerca de la ecoendoscopia, que fue el tema de su intervención en este Curso, señaló dos limitaciones de la técnica: por un lado, el propio instrumental, ya que *“todos los accesorios necesarios para su realización no están diseñados expresamente para los ecoendoscopios”*; y por otro, el hecho de que *“se necesita gente que esté realizando un gran número de procedimientos ecoendoscópicos pancreático-biliares y oncológicos para tener las bases cognitivas sobre estas dos áreas de cara a poder aplicar la terapéutica adecuada”*.



Doctor Javier Pérez Piqueras
Servicio de Digestivo del Hospital
San Francisco de Asís (Madrid)
Director honorífico del Curso de Postgrado
de Endoscopia Digestiva

“Si este Curso no existiera, habría que inventarlo”

Como director honorífico junto al doctor Armengol-Miró del Curso de Postgrado, e impulsores ambos de su creación, el doctor Javier Pérez Piqueras nos comenta cómo *“este décimo Curso es el reflejo de un esfuerzo de mucho tiempo. Su décimo aniversario representa un buen momento para mirar hacia atrás y ver qué es lo que hemos hecho en los últimos años. Hace más de una década que decidimos que debíamos hacer algo más que la Jornada Nacional de Endoscopia y el Congreso y se decidió intentar crear un Curso de Postgrado en colaboración con la Sociedad Americana de Endoscopia Digestiva (ASGE). Esta iniciativa fue acogida con gran entusiasmo y, de esta forma, se celebró en Madrid el primer Curso. Tanto este como el segundo, que tuvo lugar en Oviedo, fueron los que yo dirigí. El éxito de asistencia y participación obtenido nos animó a continuar haciéndolo desde entonces año tras año”*.

Apunta el doctor Piqueras que, si bien los directores del Curso han ido cambiando de unas ediciones a otras, el objetivo inicial del mismo se ha mantenido invariable a lo largo del tiempo: *“se trataba de mantener un contacto periódico y permanente con una sociedad médica tan importante como la ASGE, y así sigue siendo”*. Para este experto, este tipo de contactos, bien sean con la ASGE o con otras sociedades de reconocido prestigio a nivel internacional, permite *“engrandecer la especialidad en nuestro país, nos pone en contacto con el resto de Europa y del mundo para tener una información actualizada de lo que está ocurriendo dentro de la especialidad”*. Recuerda que *“esto era algo que antes había que hacer personalmente, desplazándose. Hoy, sin embargo, se le facilita a todos nuestros especialistas, trayendo aquí a los miembros de estas prestigiosas sociedades,*

concentrando en el tiempo y el espacio el contacto con otros expertos a nivel interacional, siendo una oportunidad única para todos aquellos que no disponen de tiempo para desplazarse a los distintos congresos y reuniones que tienen lugar durante el año”.

En cuanto a los miembros de la ASGE que anualmente acuden a este Curso, el doctor Piqueras subraya, *“son muy entusiastas, inicialmente se sorprenden de cómo se les recibe, del cariño con el que se les acoge y del nivel de la Gastroenterología en nuestro país”*.

Finalmente, manifiesta su confianza en que este Curso siga cumpliendo ediciones puesto que, en su opinión, *“si no existiera habría que inventarlo”*.



Dr. Joaquín De la Peña García
Médico Adjunto del Hospital
Universitario Marqués de
Valdecilla de Santander

“La ligadura de varices ha desplazado al resto de tratamientos endoscópicos”

De su intervención sobre el sangrado de varices esofágicas, el doctor Joaquín De la Peña García subraya *“el papel de la Endoscopia para determinar qué pacientes cirróticos van a necesitar una prevención de hemorragia por varices”*. En su opinión, *“la ligadura de varices puede ser muy importante en la prevención primaria, en el tratamiento de la hemorragia y en la prevención de recidivas hemorrágicas en estos pacientes”*. De hecho, señala que, actualmente, *“la ligadura de varices ha desplazado al resto de tratamientos endoscópicos”*.

En cuanto a las limitaciones de la ligadura de varices como prevención de un primer sangrado, el doctor De la Peña destaca una fundamental: *“en un tres por ciento de los casos se producen hemorragias por escaras y aunque es un porcentaje pequeño suelen ser muy graves. En pacientes que no han sangrado previamente por varices esto es una limitación importante a tener en cuenta,*

por tanto, reservamos este tratamiento para aquellos que no toleran los betabloqueantes, que es el otro tratamiento estándar que no tiene peligro”.

En cuanto al tratamiento endoscópico en caso de hemorragia, señala como limitación el que *“quizás algunos endoscopistas puedan tener dificultades para la ligadura en pacientes que estén sangrando activamente y, en estos casos, se puede utilizar también la escleroterapia, fundamentalmente como un medio hemostático, y realizar un tratamiento de ligadura a las 24 - 48 horas”*.

“La escleroterapia –explica– se basa en la inyección de determinadas sustancias irritantes y compuestos deshidratantes en aquellas áreas varicosas donde se observen datos de sangrado activo o reciente, consideradas como el origen de la misma”. Básicamente, se distinguen dos técnicas, según dónde se realice la inyección de la sustancia esclerosante: la intravariceal y la perivariceal, pudiéndose combinar ambas.



Dr. Francisco Javier Jiménez Pérez
Sección de Exploraciones Digestivas
del Hospital de Navarra
Coordinador del Seminario Técnicas
Endoscópicas para Residentes

“En los últimos años hemos asistido a algunos avances que están abriendo las puertas a un tratamiento más efectivo de las estenosis esofágicas”

Como coordinador del Seminario Técnicas Endoscópicas para Residentes, el doctor Javier Jiménez Pérez nos comenta que el objetivo de esta sesión ha sido el que *“los residentes preparasen la exposición de las técnicas de endoscopia diagnóstica y terapéutica más elementales, intentando ser lo más precisos y concretos posible, de forma que todos los residentes que estuvieran escuchando lo entendieran”*.

En su opinión, *“el resultado ha sido muy satisfactorio. Debo decir que me ha gustado mucho el modo en que han preparado y expuesto sus presentaciones, como también el respeto que han mostrado sus compañeros durante las mismas”*. Asimismo, considera que los residentes

también han quedado satisfechos del resultado y, como dato, apunta el hecho de que tras la sesión se les pidiera que evaluaran esta experiencia: la puntuación fue en su mayoría de 8 y 9 sobre 10.

En cuanto a su intervención en el Curso de Postgrado, acerca de las estenosis esofágicas, este especialista señala su elevada prevalencia: *“todos los centros de nuestro país que tienen Unidad de Endoscopia deben tratar a diario o casi a diario estenosis esofágicas”*. Entre los problemas que supone su manejo, el doctor Jiménez destaca el que si bien los resultados inmediatos del tratamiento suelen ser favorables, a medio plazo algunas de ellas recidivan. *“Me parecía importante tratar este tema durante*

el Curso porque en los últimos años hemos asistido a algunos avances que están abriendo las puertas a un tratamiento más efectivo no sólo a corto sino también a largo plazo”, comenta.

En cuanto al manejo endoscópico de las estenosis, señala que *“hay que tratar las que producen clínica, es decir, las que producen disfagia”*. El tipo de tratamiento, explica, *“varía en función de que sea una estenosis benigna o maligna, e incluso, dentro de las benignas, de que sea una acalasia”*. *“Cuando hablamos de estenosis malignas –continúa– el tratamiento endoscópico es meramente paliativo, mientras que en las benignas no sólo hablamos de paliación de un síntoma sino, en muchos casos, de curación”*.



Dr. José Luis Vázquez Iglesias
Jefe del Servicio de
Aparato Digestivo del
Hospital Juan Canalejo

“Hace años se veía muy difícil poder resear otra cosa que no fuera un pólipo pedicular”

Acerca de su intervención en el taller sobre mucosectomía, el doctor José Luis Vázquez Iglesias señala que *“entendemos por mucosectomía aquella técnica endoscópica terapéutica que supone extirpar la mucosa del tubo digestivo en algún punto en el que hay una lesión”*.

Este especialista explica cómo *“hace años se veía muy difícil poder resear otra cosa que no fuera un pólipo pedicular, ya que se suponía que al resear zonas planas o poco elevadas del tubo digestivo se podía producir fácilmente una perforación”*. Sin embargo, continúa, *“esto cambió con la aparición de una serie de técnicas endoscópicas que permitían tratar pequeñas lesiones planas o poco elevadas y, actualmente, se tratan áreas incluso*

más grandes. Para ello, hay varios sistemas, pero siempre buscando resear la zona cortando por debajo de la mucosa, en la capa submucosa, sin cortar capas musculares y, por descontado, sin cortar la serosa, evitando así una perforación segura”. Subraya aquí la aparición de *“las técnicas de inyección de líquido, mediante las cuales se produce un edema en la submucosa que pasa a tener más milímetros de grosor que, aunque ficticios muchas veces, permiten convertir una zona plana en una zona elevada con la seguridad de aportar el margen suficiente para cortar sin riesgos. Así, es posible extraer zonas de la pared del tubo digestivo sin un riesgo significativo, aunque, evidentemente, el riesgo de perforación existe, como existe también el riesgo de sangrado”*.



Dr. Ángel Caunedo Álvarez
Médico adjunto de Aparato Digestivo
Hospital Virgen Macarena de Sevilla

“Las indicaciones de la cápsula endoscópica no se limitarán al intestino delgado”

Para el doctor Ángel Caunedo Álvarez, participar en el taller de enteroscopia “ha supuesto una oportunidad inmejorable para escuchar y aprender directamente de la experiencia del profesor Yamamoto”. Respecto a la intervención del especialista japonés, el doctor Caunedo comenta que “nos ha deleitado no solamente con la descripción de la técnica sino que nos ha adelantado algunas de las posibles utilidades de la enteroscopia de doble balón en el futuro: en el estudio del intestino delgado, que es en realidad el origen de la técnica, y en la realización de colonoscopias difíciles”. Asimismo, el doctor Caunedo destaca de esta técnica el hecho de que “permite realizar terapéuticas que resultan muy complejas por otros medios o estudios como la CPRE en pacientes operados de estómago”.

En cuanto a la cápsula endoscópica, técnica sobre la que versó su intervención en el Curso, el doctor Ángel Caunedo

señala de ella que “hace tan sólo cinco o seis años desde que apareció, sin embargo, ya ha despertado mucha expectación, con un gran número de artículos al respecto, así como de especialistas que la emplean”.

Acercas de las indicaciones de la cápsula, el doctor Caunedo hace referencia a su progresivo incremento. De esta forma, destaca que mientras que antes se ceñían, casi exclusivamente, al estudio de las hemorragias de origen oscuro, “ahora se considera que es la técnica de elección para toda patología del intestino delgado”. Y apunta que “con mucha probabilidad, con respecto al futuro, las indicaciones de la cápsula endoscópica no se limitarán al intestino delgado. De hecho, y esto ya es toda una realidad, contamos con avances como la cápsula esofágica, de la que ahora tenemos que especificar su utilidad, eficacia e indicaciones (probablemente, en pacientes con varices esofágicas

e incluso en Esófago de Barret, aunque esto último aún está por demostrar) o la nueva cápsula de colon”.

En cuanto a su experiencia con esta técnica, con la que empezaron a trabajar en el año 2001, señala que “ahora somos centro de referencia en Andalucía, aunque bien es cierto que el número de exploraciones que podemos hacer es pequeño porque las Direcciones Médicas seleccionan mucho las indicaciones y el número de casos en los que puede emplearse debido a su elevado coste”.



Dr. Joaquín Molina Martínez
Jefe de la Unidad de Endoscopia del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia

“La microscopía confocal podría llegar a no hacer necesaria la toma de biopsias”

De su intervención durante el Curso de Postgrado, acerca de la enfermedad inflamatoria intestinal, el doctor Joaquín Molina Martínez destaca los avances técnicos acaecidos en los últimos años que contribuyen a mejorar el diagnóstico endoscópico de esta patología. Así, hace referencia a “nuevos aparatos que incorporan una óptica mejorada, permitiendo hacer magnificación; o el narrow band imaging, sistema por el cual se realiza la imagen”. Este especialista definió a la microscopía confocal como “una magnificación llevada al máximo” y cuyo desarrollo, apunta, “podría llegar a no hacer necesaria la toma de biopsias”. Matiza, no obstante, que se trata ésta de una técnica todavía en desarrollo y de la que apenas existen publicaciones al respecto, por lo que “todavía no sabemos adónde va a llegar en un futuro” y, en este sentido, la compara con la fluorescencia.

Otros avances diagnósticos en este campo han sido, subraya, la cápsula endoscópica y el enteroscopia de doble balón. Respecto a la primera, comenta: “no sabemos muy bien dónde nos encontramos y si en estos momentos estamos en el inicio de una técnica cuyas limitaciones ahora mismo son no poder tomar biopsias y no poder hacer lavados. Sin embargo, se están ya desarrollando nuevos prototipos que parece van a permitir tanto la realización de biopsias como incluso también de tratamientos”.

Sobre el enteroscopia de doble balón y en comparación con la cápsula, destaca el que “permite explorar zonas más amplias del intestino delgado e incluso hacer una enteroscopia total, bien por vía oral o asociando la vía oral a la anal. Por otro lado, es una técnica más agresiva, que requiere de sedaciones profundas, tiene una serie de complicaciones y es más cara y molesta para el enfermo”.



Dr. Germán Alonso Mailló
Secretario del Curso de Postgrado

“Los costes en Endoscopia son un tema muy complejo porque hay que tener en cuenta muchas variables”

El doctor Germán Alonso Mailló participó en el taller sobre costes en Endoscopia, un taller cuyo principal objetivo, nos explica “ha residido en transformar al médico en gestor, lo cual, es bastante difícil”. Los costes en Endoscopia, señala, “son un tema muy complejo porque hay que tener en cuenta muchas variables”. En el estudio de los costes en general, apunta, “siempre se nos pueden escapar costes como los que se corresponden con la contratación de personal cualificado, costes que, por otro lado, suelen ser más elevados que los de instrumental y aparataje, los cuales incluyen un coste de amortización que varía en función del número de exploraciones o técnicas que se realizan”.

No pasa por alto el hecho de que los aparatos se averían, y que llega un momento en el que hay que reemplazarlos por otros nuevos, más modernos, pero también mucho más caros, y que esto es otro gasto a tener en cuenta.

Entre las conclusiones de esta sesión, este especialista nos comenta que la mayor preocupación de las Unidades de Endoscopia en nuestro país, en cuanto a costes, reside en querer estar dotadas con los mejores aparatos disponibles en el mercado, pero la rápida evolución de la tecnología hace que al poco tiempo estos equipos puedan quedar de nuevo obsoletos y no siempre se pueden seguir adquiriendo otros más modernos.

Acercas de cómo se desarrolló este taller, apuntó su carácter informal y destacó la participación de los asistentes, la cual calificó de “muy enriquecedora”.

Finalmente, el doctor Alonso Mailló nos habla del programa del Curso de Postgrado de este año, un programa que él considera “especialmente apretado y extenso ya que, con el motivo de celebrar su décimo aniversario, se ha querido contar con el máximo de ponentes de pasadas ediciones. Esto ha permitido, desde mi punto de vista, que este año se toquen prácticamente todos los temas de actualidad en el campo de la Endoscopia, especialmente temas de endoscopia terapéutica”.



Dr. Leopoldo López Rosés
Jefe de Sección de Aparato Digestivo del Hospital Xeral de Lugo

“La colocación de prótesis enterales se puede realizar en cualquier hospital”

Las prótesis enterales fue el tema en el cual el doctor Leopoldo López Rosés centró su exposición durante el Curso. Nos explica al respecto: “En la actualidad, se puede decir que donde llegue un endoscopia, es factible colocar una prótesis metálica autoexpandible. Las prótesis enterales son todas aquellas que en la práctica ponemos en el píloro, duodeno o segmentos proximales de yeyuno, o bien en el colon y en el recto. Su objetivo es la paliación de la obstrucción del tubo digestivo por tumores malignos; se pueden emplear también en algunos casos de estenosis benignas, aunque este uso es mucho más controvertido y hay poca experiencia en general. Técnicamente, es posible ponerlas casi en el cien por cien de casos.

Todas las series publicadas ofrecen porcentajes de éxito técnico de más del 90 por ciento y, en algunas de ellas, de casi el cien por cien. El éxito clínico, es decir, lograr la descompresión o la desobstrucción, es un poco menor, pero supera el 80-85 por ciento”.

En su ponencia, el doctor López Rosés insistió en la idea de que “la colocación de prótesis enterales se puede realizar en cualquier hospital” puesto que, en su opinión, “las técnicas empleadas son relativamente sencillas y no son necesarios grandes hospitales ni grandes medios sino tener un endoscopia, una sala de rayos, una prótesis, experiencia y buenos conocimientos endoscópicos”.

Semana de las Enfermedades Digestivas

“AEED News” reproduce en estas páginas una serie de fotografías, así como unas entrevistas, que complementan la información de este espectacular evento gastroenterológico.

• Arriba:

el profesor **José Ramón Armengol-Miró** pronunciando su conferencia magistral “Últimos avances en las nuevas tecnologías endoscópicas”; a la derecha, el doctor **Germán Alonso Maillo**, secretario de la Sociedad Española de Endoscopia Digestiva, durante una de las sesiones.

• En el centro:

el doctor **Javier Jiménez Pérez** que actuó como Coordinador del Seminario “Técnicas Endoscópicas para Residentes” e imagen de los asistentes.

• Abajo:

a la izquierda, el doctor **Enrique Castillo**, tesorero de la SEED; a continuación, el doctor **Francisco Pellicer**, director del X Curso de Postgrado, y el presidente de la ASGE, **G. W. Falk**, en el momento de su intervención. Por último, los doctores **Pedro Menchén** y **Miguel Ángel Gasull** que intervinieron en la “Mesa de Consenso sobre la Enfermedad Inflamatoria Intestinal”.



Entrevista al doctor Aser Antonio Álvarez

Director Comercial de la División Hospitalaria de Laboratorios Inibsa y Patrono de la Fundación Española de Endoscopia Digestiva (FEED)

“En la División Hospitalaria de Laboratorios Inibsa –nos comenta Aser Antonio Álvarez– siempre nos hemos volcado con temas como la anestesia, el dolor y la desinfección. Pero además, tenemos otros productos específicos para determinadas patologías como el cáncer superficial de vejiga. Nuestra aportación específica al campo de la endoscopia digestiva se sitúa en el área de la desinfección de alto nivel, principalmente de aparatos que no pueden pasar por autoclave. Por otra parte, hay que añadir que en el mundo de la endoscopia hay una tendencia creciente a la sedación en procesos especialmente invasivos, como la colonoscopia y la gastroscopia. De hecho, los propios pacientes solicitan cada vez más ser sedados ante una intervención de este tipo”.

Al margen de la aportación y la relación de Laboratorios Inibsa con la especialidad de Endoscopia Digestiva, añade el de hecho de que “como miembro de la FEED (Fundación Española de Endoscopia Digestiva), la colaboración con la especialidad va más allá, haciéndose más personal y comprometida”.

“Como miembro de la FEED la colaboración con la especialidad se hace más personal y comprometida”

Medicina hospitalaria

Por otro lado, en cuanto a la medicina hospitalaria, subraya el hecho de que ésta se encuentra muy avanzada y normalmente “son los especialistas los que nos sugieren determinadas necesidades. De esta forma, nosotros ponemos en marcha los recursos necesarios para solucionar los problemas planteados, mejorando en lo posible tanto la calidad del servicio como de la colaboración. Creo que hacemos una importante aportación a una especialidad que, debido al incremento de la población, está aumentando su importancia en el área hospitalaria, sobre todo en el diagnóstico de los tumores de colon y estómago; patologías donde, precisamente, el llegar a tiempo es fundamental y nosotros estamos ahí con una serie de productos imprescindibles para este tipo de diagnóstico precoz. Esto representa para nosotros un orgullo, ya que supone poder contribuir al objetivo primordial: el beneficio del paciente”.

Futuro de la endoscopia

Con respecto al futuro de la endoscopia digestiva, el doctor Aser Antonio Álvarez está convencido de que se incrementarán y evolucionarán los procedimientos endoscópicos así como “se avanzará mucho desde el punto de vista técnico en la mejora de los aparatos para que dichos procedimientos sean menos cruentos, más fáciles y más económicos”.



El doctor Aser Antonio Álvarez (de pie, primero por la derecha) junto los demás patronos de la FEED, Fundación Española de Endoscopia Digestiva, que preside el doctor Armengol-Miró.

Entrevista al profesor Hironori Yamamoto

Enteroscopia de doble balón

En 1998, el profesor Hironori Yamamoto, del Departamento de Gastroenterología de la Jichi Medical School de Japón, creó el primer prototipo de enteroscopia de doble balón. Su participación en el taller dedicado enteroscopia supuso para muchos una oportunidad única para conocer de primera mano la experiencia del japonés en la utilización de esta técnica.

Desde que creara el primer prototipo de un enteroscopia, el profesor Yamamoto afirma que ya ha realizado más de 500 intervenciones, de ellas, aproximadamente 300 han sido en pacientes con problemas del intestino delgado, el resto colonoscopias y ERCPs en casos de anastomosis en Y de ROUX. *"Puedo decir –afirma– que he adquirido una gran experiencia con esta técnica. A medida que he ido haciendo más y más intervenciones me he ido sintiendo más cómodo. Actualmente, me siento seguro con ella y estoy convencido de su utilidad, sobre todo en el diagnóstico y tratamiento de las lesiones del intestino delgado"*.

Indicaciones

La enteroscopia de doble balón está indicada en la exploración, diagnóstico y tratamiento de las lesiones del intestino delgado, siendo su indicación más frecuente la hemorragia de origen oculto, según nos comenta el profesor Yamamoto. Asimismo, destaca su utilización en el estudio de la diarrea crónica. *"En líneas generales –apunta– la enteroscopia de doble balón está indicada siempre que los síntomas sugieran una lesión del intestino delgado"*.

Por otro lado, la enteroscopia también está indicada en la exploración del colon en casos difíciles: *"cuando la realización de la colonoscopia es prácticamente imposible mediante la utilización de un endoscopio convencional"*,

explica este experto. *"En estos casos, la enteroscopia de doble balón resulta de gran utilidad, permitiendo la realización de una colonoscopia total"*, matiza y apunta también su indicación en ERCP en caso de anastomosis en Y de ROUX.

ERCP versus cápsula

Para el profesor Yamamoto, la enteroscopia de doble balón es la mejor técnica para la exploración del intestino delgado y cuando le preguntamos por la cápsula endoscópica afirma que ésta *"permite también la exploración del intestino delgado pero el futuro de esta técnica y el de la enteroscopia de doble balón son absolutamente diferentes. La cápsula es una técnica muy cómoda para los pacientes pero no deja de ser una técnica de screening, únicamente proporciona imágenes, no permite ni la toma de biopsias ni la intervención terapéutica. Sin embargo, con la enteroscopia de doble balón es posible tanto la exploración y el control de la misma en tiempo real, como la toma de biopsias y el tratamiento endoscópico"*.

Limitaciones

En cuanto a los límites de la técnica, señala que *"en algunos casos, el acceso a las lesiones en el intestino delgado es imposible incluso para la enteroscopia de doble balón"*.

De otra parte, hay que ser prudentes en cuanto a la duración de la intervención, ya que ésta puede ir de los treinta minutos a la hora y media, pero el profesor Yamamoto asegura que él siempre intenta que ésta no se prolongue más allá de la hora: *"transcurrido ese tiempo resulta más complicada y menos eficaz. Es preferible parar antes de sobrepasar la hora de duración"*, argumenta.



El profesor Hironori Yamamoto durante su intervención.

Futuro

Finalmente, el experto nos habla de cómo ve el futuro de la enteroscopia de doble balón y asegura que este pasará por *"un enteroscopia más fino, más fino incluso que la versión actual y con una mayor capacidad terapéutica, que incorporará la magnificación, permitiendo posiblemente así el diagnóstico de trastornos funcionales tales como la malabsorción"*.

"Si se prolonga más de una hora, la enteroscopia de doble balón resulta más complicada y menos eficaz"

Entrevista al doctor Joaquín Molina

Presidente del Comité Organizador de la XXVIII Jornada Anual de la Sociedad Española de Endoscopia Digestiva

La especialidad de Endoscopia Digestiva depende, mucho más que otras, de los avances tecnológicos, avances que confieren a la especialidad una mayor capacidad diagnóstica y terapéutica. La rápida evolución de la tecnología obliga a los especialistas a una actualización constante de conocimientos, de ahí la importancia de la realización de las Jornadas de Endoscopia Digestiva que este año, y bajo la organización del doctor Joaquín Molina Martínez, cumplen su vigésima octava edición.

Nos comenta el doctor Joaquín Molina Martínez que este año acudirán a las Jornadas unos 500 especialistas de Endoscopia Digestiva. El programa científico de esta nueva edición, explica, se centra en las nuevas técnicas diagnósticas y de seguimiento de las lesiones premalignas, en la utilidad de la endoscopia en las complicaciones de la pancreatitis y en los aspectos legales que atañen a la especialidad. Como siempre, habrá un día dedicado a la exposición de casos endoscópicos y comunicaciones. *"Nuestro objetivo es actualizar el conocimiento de los profesionales especializados en Endoscopia en el desarrollo de nuevas tecnologías, en su mejor utilización y en los cambios médico-legales que afectan a la especialidad"*, apunta el doctor Molina.

El Auditorio y Centro de Congresos Víctor Villegas de Murcia ha sido el lugar elegido para la celebración de esta nueva edición de las Jornadas. Según el presidente del Comité Organizador, el lugar garantiza la alta calidad de los medios técnicos, condición indispensable en una reunión de este tipo. Por otro lado, el doctor Molina Martínez no duda en que "los asistentes se sentirán como en casa, entre otras cosas, por el carácter abierto, llano y amable de los murcianos".



Doctor Joaquín Molina Martínez



"Los asistentes se sentirán como en casa por el carácter llano y abierto de los murcianos"

