ENDO_news
Boletín oficial de la
Sociedad Interamericana de Endoscopia Digestiva
SIED
Uniendo la Endoscopia de las Américas

Estimados miembros de SIED

En este boletín un nuevo "resumen de articulo"

y

cursos y congresos de nuestro Continente, así como las novedades de ENDO 2020!

SIED - Uniendo la Endoscopia de las Américas

ARTICULOS RESUMIDOS

GUÍA BRITÁNICA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE PACIENTES CON RIESGO DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

REVISTA DE ORIGEN: *GUT*
ARTÍCULO: *British Society of Gastroenterology guidelines on the diagnosis and management of patients at risk of gastric adenocarcinoma.*
LINK: doi: 10.1136/gutjnl-2018-318126
AUTOR PRINCIPAL: Dr. Matthew Banks
EDICIÓN DEL RESUMEN: Dr Edson Guzmán

Dentro de las muchas estrategias que se tienen para reducir la incidencia de cáncer gástrico en el mundo, una de ellas suele ser el reconocimiento de lesiones premalignas. Para entender la evolución de estas lesiones a un cáncer gástrico, es importante recordar la "Cascada de Correa", una vía con la infección por H. pylori, que ocasiona gastritis crónica, seguido de atrofia, metaplasia, displasia y finalmente adenocarcinoma. Esta guía contempla la clasificación de la metaplasia intestinal en 4 tipos:

- Patrón focal
- Patrón predominantemente antral
- Patrón "magenta/azul" o calle de piedras en el estómago
- Patrón difuso

Los dos primeros están más asociados a metaplasia completa y las dos últimas, a metaplasia completa, por lo que el riesgo de adenocarcinoma, suele ser mayor en estos dos últimos patrones. Aunque está demostrado, que la erradicación de H. pylori, reduce el riesgo de adenocarcinoma gástrico, esta guía, no contempla como beneficiosa el "test and treat", ya que el Reino Unido, es un área de baja incidencia de cáncer gástrico; sin embargo, recomienda que, si el paciente tiene atrofia gástrica, metaplasia intestinal o displasia, la erradicación podría ser beneficiosa, si el H. pylori estuviera presente. Esta último dato es bastante interesante, ya que es concido por estudios previos que existe un "punto de no retorno" en la evolución de las lesiones premalignas, donde se afirma que la erradicación de H. pylori en pacientes con metaplasia intestinal y displasia, no tiene mayor beneficio en la evolución a un cáncer gástrico. Otra recomendación que difiere de las guías orientales, es que esta guía no recomienda el uso de los marcadores serológicos como el pepsinógeno sérico ó la relación PG/PGII. Recordemos que, en zonas de alto riesgo de adenocarcinoma, la serología para H. pylori y las relaciones séricas de PG/PGII, puede estratificar el riesgo para tener adenocarcinoma.
Queda bastante claro, que se recomienda que el tiempo para realizar una endoscopia debe ser < de 7 minutos, y con una correcta fotodocumentación. Es importante recordar que, si bien la atrofia gástrica y la metaplasia intestinal son detectadas con luz blanca, siempre estas, se deben caracterizar mejor con magnificación y/o cromoendoscopia. Existen 4 características endoscópicas para detectar atrofia gástrica: la palidez, la pérdida de pliegues gástricos, la prominencia de vasos y el borde antráfico. La clasificación de Kimura Takemoto, es una herramienta endoscópica, para predecir el desarrollo de cáncer gástrico, mientras que el protocolo de Sydney (5 biopsias) es el complemento adecuada para esta. La displasia gástrica puede ser clasificada en 2 tipos: la adenomatosa (intestinal) y la foveolar (gástrica), esta última está más asociada con displasia de alto grado. Con respecto al seguimiento, si hay atrofia o metaplasia y esta afecta antro y cuerpo el seguimiento debe ser cada 3 años. Si solo se limitara a antro, para hacer un seguimiento de 3 años, se requiere otros factores de riesgo. Después de una disección submucosa endoscópica o una resección mucosa endoscópica, la guía recomienda el seguimiento a los 6 meses.
La resección endoscópica completa de las lesiones, están recomendadas en:

- Displasias de bajo grado
- Displasias de alto grado
- Adenocarcinoma intramucoso bien diferenciado, no ulcerado, de cualquier tamaño
- Adenocarcinoma intramucoso bien diferenciado, ulcerado, <3 cm
- Adenocarcinoma intramucoso bien diferenciado, con invasión submucosa <500 micras
- Adenocarcinoma intramucoso pobremente diferenciado, <20m

Los factores de mayor riesgo para invasión linfonodal, son:

- Cáncer submucoso pobremente diferenciado
- Células en anillo de sello
- Invasión linfovascular
- Invasión submucosa > 500 micras.

El sistema eCURA, diseñado por Hatta et al, puede predecir la supervivencia a los 5 años, después de una resección submucosa, y consta de 5 criterios: invasión linfática, lesión mayor de 3 cm, margen vertical positivo, invasión venosa e invasión submucosa > 500 micras. El screening endoscópico para cáncer gástrico, está recomendado en >50 años, en pacientes con factores de riesgo.

▶▶▶▶ LINKS A LOS TIPS SIED ◀◀◀◀

PROXIMOS CONGRESOS DE LAS AMERICAS

Presidencia 8° Jornada de Cirugía Endoscópica
Dra. Cecilia Ibañez Ramos
Dra. Carina Iadarola

Presidencia de 3° Congreso Norpatagónico S.C.C.
Dr. Ricardo Ramos Ramos
Dr. Gerardo Arbizi

INVITADOS INTERNACIONALES
Dr. Claudio Bouvrette García
Dr. Mario Rey
Dr. Ricardo Ramos
Dr. Ruben Jorge Erdenbrucher

INVITADOS NACIONALES
Dr. Juan Renzi
Dr. Luis Caro
Dr. Ricardo Ramos
Dr. José Ricardo Rodríguez
Dr. Gustavo Schen
Dr. Ricardo Ibañez
Dr. Juan Pablo Córdoba
Dr. Guillermo Arbizi
Dr. Ricardo Ramos
Dra. Sandra Guzmán
Dr. Ricardo Ramos
Dr. Mariano Pérez
Dr. Emiliano Wanaver
Dr. Mariano Cito
Dr. Gustavo Stark
Dr. Ricardo Ramos
Dr. Luciano Arrivet
Dr. Arsenio García
Dr. Ricardo Ibañez
Dr. Ignacio Reeb
Dr. Fernando Bastian
Dr. Ricardo Ramos
Dr. Sebastián Gomez
Dra. Cecilia Ibañez
Dra. Laura Rodríguez

COMITÉ ORGANIZADOR
Dr. Sanchez Alaez Javier
Dr. Diego Picontova
Dr. Ricardo Ramos
Dr. Sebastián Iara
Dr. Maximiliano Cáceres
Dr. Ricardo Ibañez
Dr. Pablo Graciñi

NOVEDADES DE ENDO 2020

ENDO 2020 - INSCRIPCIONES ABIERTAS!

Mantenete conectado a través de nuestras redes sociales

Click aqui para suscribirte al Boletin SIED - ENDOnews

Biblioteca de boletines SIED : Click aqui

Copyright © 2018 Sociedad Interamericana de Endoscopia Digestiva SIED, All rights reserved
Want to change how you receive these emails?
You can update your preferences or unsubscribe from this list.
our mailing address is:
secretaria@siedonline.org