

# Cartas al editor

## **Tratamiento endoscópico del carcinoma escamoso precoz del esófago por disección endoscópica de la submucosa.**

Vitor Arantes. Elias Alfonso Forero Piñero. Takashi Toyonaga, Hironori Yamamoto. Revista GEN 2012;66(4):278-285.

Estimada editora, tras la lectura de este artículo de revisión, me siento complacida que fue realizada por especialistas extranjeros que tienen la iniciativa y deseo de publicar en revistas venezolanas compartiendo sus experiencias, aumentando así nuestros conocimientos ya que actualmente la incorporación de este procedimiento de resección endoluminal en esófago es de utilidad para brindar tratamiento curativo en fase temprana.

Según las guías de la European Society for Medical Oncology (guías ESMO) del 2008, el tratamiento de elección para los pacientes con estadios precoces es el quirúrgico, sin embargo, la cirugía tiene una significativa morbilidad y practicada innecesariamente tiene un impacto negativo en la calidad de vida del paciente. En este artículo señalan que la disección endoscópica de submucosa es la técnica indicada actualmente para el manejo de neoplasia esofágicas en estadios iniciales que son susceptibles a la misma, con reportes en la literatura de mínimas complicaciones, sin embargo pienso que sería interesante establecer estudios comparativos a largo plazo con la cirugía; de igual forma ya que somos especialista con enfoque de medicina preventiva crear algoritmos diagnósticos que se implanten en los centros donde los endoscopistas en formación sea partícipes.

Chuyamar Betancourt, Gastroenterólogo participante del Curso de Ampliación de Endoscopia Digestiva y Colangiopancreatografía Retrograda Endoscópica de la Universidad Central de Venezuela, Sede Hospital Universitario de Caracas. Caracas, Venezuela. Correo-e: chuyamarbetancourt@hotmail.com

## **Vellosidades duodenales: endoscopia de alta resolución, magnificación, "Flexible Spectral Imaging Colour Enhancement" (FICE) y correlación histológica.**

Publicado en GEN 2012;66(4):260-263.

"La endoscopia estándar no visualiza las vellosidades en la mucosa duodenal", es así como cita la introducción de este excelente artículo, lo cual debe llamar a la reflexión de algunos gastroenterólogos que ven alteraciones de la mucosa duodenal donde no las hay y pasan por alto otras, diagnosticando incluso infecciones parasitarias sin la certeza de las mismas.

Me parece un tema interesante, el cual aún debe ser más explotado desde el punto de vista académico y práctico, el uso de la magnificación y FICE, empleando los filtros más amables para cada endoscopista es un recurso valiosísimo, pues como quedó demostrado en este estudio existe una correlación entre los hallazgos endoscópicos e histológicos, utilizando la clasificación de Badreldin de las vellosidades duodenales tomando como normales Z1 y Z2 para bulbo y segunda porción coincidiendo en un 100 y 90% respectivamente y considerando Z3 como vellosidad no típica coincidiendo en un 100%.

La única limitante de este estudio es el tamaño de la muestra, la cual no representa un porcentaje estimado de la población caraqueña, sin embargo es pionero y sirve de impulso para estudios posteriores, allí lo valioso del estudio (publicar actualmente sobre cromoscopia virtual es innovar).

Un factor que quizás desanime un poco es el hecho de que los equipos de alta resolución en general no están disponibles en todas las unidades de endoscopia del país, y para realizar un adecuado diagnóstico por este método el gastroenterólogo debe estar familiarizado con el uso del mismo.

Ahora bien, tratando de responder las interrogantes del autor, me atrevería a decir que no es necesaria la biopsia rutinaria de duodeno en una endoscopia electiva, no obstante con respecto al uso de la alta resolución, magnificación y FICE debería ser empleada de rutina por aquellos que lo dispongan, que si bien aumenta el tiempo de la exploración disminuye el subdiagnóstico de lesiones precoces, lo cual a la larga se traduce en beneficios para nuestros pacientes, que son la razón de ser de nuestra práctica clínica.

Dr. Jorge Eliécer Cova Bellot  
Internista- Gastroenterólogo  
Hospital Universitario de Caracas

# Cartas al editor

## Uso de Endoloop no comercial en el tratamiento de neoplasias pediculadas de colon.

Mario Marruffo, William Folkmanas, Beatriz Linares, Sonia Mendoza, José Rodríguez Amaya, Andreína Oropeza, Omarelis Valcillo, Maylin Dávila, María Sivira, Francia Escobar  
Revista GEN 2012;66(4):274-277.

Estimada editora, tras mi lectura de este artículo me encuentro agradado debido a la publicación de una experiencia nacional que muestra gran utilidad y cuya descripción resulta una alternativa a considerar si no se cuenta con los dispositivos comerciales específicamente diseñados para tal fin. En particular considero que el empleo de un asa de nylon no comercial es de gran ayuda en países en vías desarrollo como el nuestro y en economías limitadas donde estos no son una opción.

A fin de enriquecer lo aportado por estos autores me gustaría hacer saber que la bioseguridad de los materiales ampliados debe ser vigilado de cerca (¿son realmente seguros?, ¿no sería mejor emplear el nylon para sutura estéril que si tiene uso aprobado en humanos?), los pacientes deben ser seleccionados debidamente (en este artículo no se explica la causa de remoción de un lipoma colónico) y es vital la vigilancia (equipo de salud y paciente/familiares) en caso de que el espécimen pueda ser rescatado y cuente con la vitalidad necesaria para ser evaluado por anatomía patológica. Otros centros nacionales como el Hospital Universitario de Caracas cuentan con experiencia no publicada al respecto, espero en el futuro se estandarice la técnica, se empleen materiales seguros y contemos con vastas descripciones sobre este dispositivo artesanal, quizás incluso con un prototipo venezolano comercializable en economías poco favorecidas.

Sin otro particular al que referirme me despido,

Atentamente

Daniel Tepedino Peluso  
C.I. 15646405  
MPPS 70236

## Respuesta

Estimado Dr. Daniel Tepedino Peluso, es de nuestro agrado que haya sido de su interés el contenido del trabajo publicado, de igual manera agradezco los comentarios y aportes que ha manifestado mediante esta carta al editor. En las siguientes líneas daré respuesta a sus interrogantes con la finalidad de complementar la información ya publicada en el trabajo y que servirá para aclarar las inquietudes que pueda generar el uso de un instrumento de fabricación no comercial como herramienta para realizar procedimientos terapéuticos endoscópicos.

En primer lugar, en lo que respecta al tema de la bioseguridad, efectivamente existen materiales biológicamente comprobados

para su uso en seres humanos y aprobados por la FDA y otras agencias internacionales, dentro de los cuales no solo existe la sutura a base de nylon quirúrgico, existen materiales de sutura como el PROLENE, el POLIPROPILENO entre otros, cuyo principio a requerir es que sea monofilamento y con una estructura que le permita tener cierto grado de memoria con la finalidad de mantener la forma del ASA o LOOP al ser desplegado a través del extremo distal del canal de trabajo del endoscopio. El uso de Nylon corriente como material para confeccionar el ASA o LOOP cumple con los criterios estructurales antes mencionados, y para ser utilizado puede ser sometido a métodos de esterilización con agentes químicos con la finalidad de asegurar la ausencia de carga bacteriana en el instrumento a utilizar y adicionalmente posee la característica de producir baja reacción tisular y a los fines de la razón para la cual es utilizado, es eliminado hacia la luz intestinal posterior a la cicatrización de la mucosa y expulsado con las heces. Experiencia similar ha sido utilizada por autores de origen colombiano como herramienta terapéutica con resultados exitosos, sin antes olvidar que el ambiente de trabajo en el cual se está realizando el procedimiento posee de base una carga bacteriana elevada, tal como lo es la microflora colónica, aún cuando se utilice técnicas de profilaxis con antibióticos.

En el presente trabajo se escogió utilizar como material para la elaboración del ASA el Nylon corriente debido a la poca disponibilidad de materiales de sutura y comprobar su seguridad sin mayores riesgos para los pacientes sometidos a este procedimiento, dejando en claro que si se cuenta con el material de sutura este sería de primera elección. Por otra parte, en lo que respecta a la selección de los pacientes, en el caso particular del lipoma submucoso, fue incluido dentro del criterio de ligadura por tratarse de un lipoma obstructivo que ocupaba el 80 – 90% de la luz del colon ocasionando al paciente episodios de obstrucción intestinal parcial alternada con dolor abdominal y constipación y por tratarse de un tumor submucoso pediculado cumplía con los criterios de inclusión. En la evaluación preoperatoria de estos tumores submucosos existen varias herramientas imagenológicas que permiten distinguir la naturaleza del tejido que está constituyendo el tumor, por medio de diferencias de densidad, intensidad o ecogenicidad. Numerosos estudios han sido publicados demostrando la alta sensibilidad y especificidad de correlación imagenológica – histopatológica del ultrasonido endoscópico en la caracterización de tumores submucosos sugestivos de naturaleza lipomatosa, lo cual permite establecer el tratamiento a elegir en estos casos. En el caso del paciente con el lipoma submucoso, este fue evaluado adecuadamente mediante ultrasonografía endoscópica, por lo cual se realizó su ligadura sin resección de una manera segura y como se ha descrito por otros autores. El análisis histopatológico de la pieza recuperada luego de su resección es también una conducta elegible en el tratamiento de estos tumores.

Esperando que lo antes expuesto ayude aclarar sus inquietudes, nos despedimos atte. Los autores.